

UNIVERSITE PARIS DIDEROT- PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

**THESE**

**POUR LE**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

**PAR**

NOM : LONGE      Prénom : Sarah

Date et Lieu de naissance : 16 septembre 1978 à Paris 14ème

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 juin 2010

**LA MEDECINE LORS DES GRANDES  
MANIFESTATIONS PUBLIQUES**

Président de thèse : Professeur Crestani

Directeur de thèse : Docteur Ozanne

DES de médecine Générale

# **PLAN**

## **INTRODUCTION**

### **Partie I - METHODE**

#### 1-Historique des salons

##### 1.1 Définition

##### 1.2 Historique

#### 2-Organisation d'un salon

##### 2.1 Définition et classification d'un salon

##### 2.2 Les acteurs d'un salon

##### 2.3 Mise en place et déroulement d'un salon

#### 3-Evaluation des facteurs de risques d'un évènement

##### 3.1 Définitions

##### 3.2 Classification des risques

##### 3.3 Identification des facteurs de risque

##### 3.4 Application aux salons

#### 4- Etapes de la mise en place d'une médicalisation sur un évènement

##### 4.1 L'organisateur

##### 4.2 La juridiction de l'ouverture d'un salon

###### 4.2.1 Pour l'ouverture au public

###### 4.2.2 Pour le montage et démontage

##### 4.3 Médicalisation

###### 4.3.1. Préfecture de police

###### 4.3.2. Liste des associations

###### 4.3.3 Dispositif Prévisionnel de Secours

###### 4.3.4 Grille de risques

##### 4.4 Les différentes structures de secours

## **Partie II - ETUDES et RESULTATS**

### 5-Recueil de statistiques

5.1 MIP Etude rétrospective sur la médicalisation de salons à Paris, 2000-2001

5.2 MIP Evènement sportif organisé à l'échelle mondiale, 2008-2010

5.3 Bilan des interventions des médecins de théâtre, Paris, 2007-2009

## **Partie III – ANALYSE et DISCUSSION**

### 6- Critiques et remarques

6.1 A propos des études rétrospectives

6.2 A propos de la médecine de théâtre à Paris

## **CONCLUSION**

## **ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DROIT D'IMPRIMER**

## **RESUME et MOTS-CLES**

## **INTRODUCTION**

Les rassemblements d'individus ou manifestations publiques ont toujours existé, toujours autour d'un thème et dans un lieu commun : des foires au moyen âge, jusqu'à la création des salons dans les années 1950 jusqu'à nos jours où les réunions de public peuvent avoir lieu sur un thème sportif, festif, culturel, commercial, sociopolitique ou bien encore spirituel.

Les lieux d'accueil étaient parfois déjà disponibles pour recevoir du public de manière permanente ou alors construits pour satisfaire un évènement temporaire, la dénomination commune étant connue sous le nom d' « Etablissement Recevant du Public » ou ERP.

La mise en place d'un salon ou d'une exposition doit passer par des phases d'agrément obligatoires avec accord de membres de l'administration ainsi qu'un encadrement par une législation que nous détaillerons pour comprendre de quelle manière le processus de réalisation d'une manifestation publique se met en place sur ces ERP.

La prise en charge des secours et médicale d'un évènement est régie par des textes, qui, nous le verrons, ne rendent pas la médicalisation obligatoire. Cela pouvant paraître illogique au vu des catastrophes ayant déjà eu lieu dans le passé. C'est ce qui nous amène à réfléchir de manière simple : comment est établi le besoin d'une couverture médicale sur un évènement ?

De quelle manière est déterminé le type de service médical fourni ?

Enfin, présente-t-il un intérêt ?

Si l'on part de l'hypothèse que plus il y a de monde réuni dans un même endroit, plus il y a de risques pour cette population, la présence d'une équipe médicale prévient-elle et améliore-t-elle la sécurité de cet évènement? Y a-t-il d'autres paramètres à prendre en compte ?

Nous prendrons les exemples des salons d'exposition situés dans un Parc d'exposition à Paris et en région Parisienne pour comprendre toute la logique, la structure, la législation sous-jacente et l'activité en rapport pour ensuite cerner pourquoi une médicalisation a un intérêt sur site.

Les recherches effectuées prendront l'exemple d'une entreprise privée de médicalisation d'évènements « Medical International Presence » (M.I.P.) avec leurs statistiques récentes sur deux années en particulier, puis sur un évènement temporaire déterminé organisé par une grande entreprise du CAC 40 médicalisée par ce même organisme MIP ; enfin nous détaillerons l'activité et les statistiques de l'association des médecins de théâtre de Paris sur ces trois dernières années.

Au vu de ces 3 études et recueils récents, nous pourrons alors discuter et critiquer ce que peut apporter une médicalisation d'évènement où un public particulier se réunit pour une période donnée que nous appelons une grande manifestation publique.

## **Partie I : METHODE**

# **1.HISTORIQUE**

## **1.1 Définitions**

Selon le dictionnaire « Hachette », une manifestation c'est :

- « l'action de manifester ; ou le fait de se manifester »

Quand elle est collective, c'est :

- « un rassemblement d'individus » autour d'un thème et dans un lieu commun.

Nous définirons plus loin qu'une manifestation peut prendre plusieurs aspects selon le thème, le lieu et la taille du rassemblement.

Par définition, un salon est une manifestation commerciale périodique qui expose :

Le décret n°69-948 du 10 octobre 1969 relatif aux manifestations commerciales ( JO du 22 octobre 1969) unit les salons aux foires :

*« ...entrent dans la catégorie des Foires et Salons les manifestations commerciales constituées par le groupement périodique d'exposants présentant aux acheteurs professionnels ou au public des échantillons de produits ou services dans l'intention d'en faire connaître les qualités et d'en provoquer les commandes ».*

Il se différencie des Foires par son secteur économique unique et par son caractère essentiellement professionnel :

L'ordonnance n°45-2088 du 11 septembre 1945 dans son premier article qui reste en vigueur considère les salons comme des « ...foires consacrées plus spécialement à une catégorie

*déterminée de marchandises ».*

Une étude de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris ( C.C.I.P.)\*,

Précise que les salons peuvent s'ouvrir « *au grand public...mais la plupart (sont) professionnels, non accessibles au grand public* ».

## **1.2 Historique des foires aux salons**

### AVANT LE XIX siècle

En 629, Dagobert crée un marché au profit de l'Abbaye de Saint Denis.

Il deviendra la « foire du Lendit ».

Au moyen âge, les foires s'organisent en cycles : en Champagne, Flandres, Languedoc et Allemagne, des rassemblements commerciaux se mettent en place, chacun pluriannuel, se déplaçant dans différentes villes.

Le phénomène Foire, manifestation commerciale locale est née : les comices.

### Du XIX siècle à la seconde guerre mondiale

On passe d'une dimension régionale à une dimension nationale à l'ère industrielle du XIX ième siècle. Les expositions universelles et industrielles se développent : en 1874

« l'exposition de physique », la « foire de Paris » en 1904, suivie pendant la première guerre mondiale de celles de Lyon et de Bordeaux 1916 (12) puis Dijon en 1921, Annecy, Bourges, et Rennes en 1922, Lille en 1925 (45).

La foire devient la vitrine de la région organisatrice.

Alors que les foires se développent localement, des rencontres professionnelles s'organisent et prennent le nom de SALONS :

En 1898, les constructeurs de nouvelles machines organisent la promotion de leur industrie

moderne en inaugurant le premier « salon de l'automobile ».

Ils ouvrent la voie de la spécialisation des expositions commerciales :

En 1909, création du « salon international de l'aéronautique », en 1923 création du « salon international des professions de l'image », en 1926 la « semaine internationale du cuir » précède le « salon de la bijouterie »

Pour accueillir le public de ces expositions, des nouveaux espaces sont construits, ce sont les PARCS D'EXPOSITION :

On inaugure le parc des expositions de « la porte de Versailles » en 1923 pour accueillir la « foire de Paris » qui avait alors lieu sur le champs de mars depuis 1923.

Ce parc avait été financé par la ville de Paris, par la suite, d'autres parcs sont construits au gré des volontés politiques et économiques locales.

Dès lors que la mise en forme des salons se fait, on crée alors l'outil des salons nommé le STAND D'EXPOSITION.

Il est utile au simple producteur ardéchois qui expose son miel, au plus complexe stand à étages et colonnades d'un constructeur de voitures, réalisé par des entrepreneurs et artisans.

Quand le stand se monte, il faut que la construction soit entreprise : elle sera effectuée par les installateurs, prestataires de service.

En 1936, ils décident de créer la Chambre Syndicale des installateurs de Stands et d'Exposition.

Le cadre juridique perdure depuis l'ordonnance n°45-2088 du 11 septembre 1945 :

L'article 1 définit la terminologie

L'article 2 impose une autorisation préalable d'ouverture

L'article 8 porte sur l'institution au ministère de la production industrielle, d'un « *comité consultatif chargé de donner son avis, de proposer toutes mesures susceptibles d'améliorer le*

*rendement économique de ces manifestations et (d'établir) le calendrier des foires ».*

En un demi siècle, ce qui n'était qu'une attraction locale organisée à la demande de la collectivité est devenue un évènement.

En même temps, les organisations professionnelles proposent leurs propres Foires qu'elles appellent Salons : si la Foire est la vitrine de la région, le Salon est celle de la profession qui l'organise.

La « filière foire et salon » avec ses organisateurs, ses parcs, ses installateurs est née. C'est dans les années 50 qu'elle prend son essor.

### DE 1950 à 1970

Les salons prolifèrent avec la création de parcs qui ouvrent de nouvelles perspectives :

De 1958 à 1967, salons majeurs et qui perdurent de nos jours sont créés :

- en 1958 « INTERSUC » (Salon International de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie, pâtisserie et produits groupés)
- en 1959 : « BATIMAT » (salon international de la Construction)
- en 1960 : « SHEM » (salon international de l'habillement masculin) et le « monde de la machine outil » (exposition internationale des équipements de production pour les industries mécaniques)
- en 1963 « Mode Enfantine »
- en 1964 « SIAL » (salon international de l'alimentation et salon de l'agriculture)
- en 1964 « MIP-TV » (Marché International des Programmes de Télévision)
- en 1967 « MIDEM » (Marché International du Disque, de l'Édition Musicale et de la Vidéo Musique)

Le métier d'organisateur se met alors en place.

Jusque là ce sont des acteurs locaux et des représentants des secteurs professionnels qui

organisent, progressivement, ils vont déléguer cette tâche à des sociétés.

Les Organismes se fédèrent :

- « Fédération des Foires et Salons de France » (salon grand public)
- « Association française des Salons Spécialisés » (salons réservés aux professionnels).

Les installateurs se fédèrent aussi :

- en 1968, la « Chambre Syndicale des Installateurs de Stands et d'Exposition » en recherche de nationalisation devient la « Chambre Nationale de Stands et d'Exposition ».

Devant la multiplication des manifestations, les fédérations cherchent un outil de contrôle pour évaluer leur activité :

En 1967, la « fédération des Foires-exposition de France » crée l'O.J.S. ou Office de Justification des Statistiques.

La mission de l'O.J.S. :

Elle « *consiste à assurer, dans l'intérêt des exposants et des visiteurs, l'exactitude des chiffres publiés concernant : la superficie des stands (surface louée), le nombre d'entreprises participantes (exposants) et le nombre de visiteurs (15)* ». Cette « *caution chiffrée des foires et salons* » est agréée par le ministère de l'Economie et des finances dans un arrêté du 8 mai 1970, paru au J.O. le 23 mai 1970.

Dans les années 70, l'O.J.S. regroupe 16 salons spécialisés et 23 foires.

Le CADRE JURIDIQUE s'est modifié en 1953 puis en 1969 par le décret 69-948 du 10 octobre 1969. Ce dernier légifère sur la notion d'agrément :

Les manifestations commerciales que sont les salons (et les foires) doivent remplir certaines conditions pour obtenir un agrément national ou international. Cet agrément est en quelque sorte un label de qualité du point de vue de la représentation du salon par rapport à son secteur économique.

Il n'est pas obligatoire.

## DE 1970 A NOS JOURS

### 1970 A 1990 :

Le métier d'organisateur se développe :

*« Après une ère où les fédérations professionnelles ont créé les salons, sont apparus au détour des années 70 des spécialistes de l'organisation, de plus en plus nombreux (...) »*

Il se détache des collectivités locales et des organismes professionnels (...)

*« Rachat, concentration, création de nouveaux salons contribuent à la professionnalisation du marché et à l'autonomisation d'un secteur jusque là lié aux professions et aux collectivités publiques » (fédération, dossier presse).*

(...) pour se rapprocher de grands groupes financiers :

*c'est « l'arrivée en force en 1988 du groupe B. sur le marché français qui crée son mini ras de marée. Le secteur sort soudain de sa paisible et prospère routine pour affronter partiellement l'impitoyable réalisme du business ».(45)*

(...) puis pour se sur-spécialiser :

*« Dans le milieu des années quatre-vingt on enregistre l'émergence de manifestations consacrées à des niches sectorielles de plus en plus spécialisées (et) à des techniques de plus en plus pointues »(45) « à chaque secteur d'activité économique, son salon ».(45)*

De leur côté, les surfaces d'exposition s'étendent :

En 1982 est inauguré le parc d'exposition de Paris Nord Villepinte.

En 1984 c'est Eurexpo à Lyon.

Avec la porte de Versailles, ils sont les trois plus grands parcs français.

## 1990 A NOS JOURS :

L'O.J.S. contrôle de plus en plus de manifestations :

Que ce soit pour les salons :

-16 en 1967

-163 en 1990

-209 en 1999

-250 en 2001

ou pour les foires :

-23 en 1967

-80 en 2001.

Le monde de l'organisation se concentre :

R. géant mondial des salons, ajoute à son portefeuille en 2000 M. leader européen. Il totalise ainsi en 2000, 440 évènements, 500 salariés et 228 millions d'euros. Pendant que certains achètent, d'autres vendent : la société V. acquéreur de la société E. la revend en 2001 avec le lot de sa presse professionnelle au fond d'investissements britanniques C.

Nous sommes loin des pratiques de la Foire Dagobert !

Les salons s'internationalisent :

De 1990 à 1998 « *pour les salons internationaux français (...), la part de surface occupée par les exposants étrangers évolue de 26 à 32,6%.*

*Parallèlement la part des visiteurs étrangers passe de 15,5 à 15,7% (...)* ». (2)

Les surfaces d'exposition aussi sont investies par des capitaux privés :

De grands groupes financiers « *deviennent gestionnaires ou actionnaires d'infrastructures comme les parcs d'exposition* » par exemple, U. « *leader en France de l'immobilier*

*commercial* » devenu, par ses rachats d'espaces le plus grand loueur d'espace d'exposition.(27, 36)

La carte française est dessinée :

L'essentiel de l'activité salon se concentre sur l'Ile de France tandis que les foires elles, sont en province.

En résumé, cet aperçu historique nous montre la mise en place des différents acteurs du métier de l'évènementiel que représente la filière Foire et Salons :

En première ligne les organisateurs et les parcs.

En deuxième ligne les fédérations et les outils de contrôle.

Enfin, en troisième ligne, une toile financière complexe, mondialisée, liant nos acteurs entre eux et soutenant un marché ébranlé par une concurrence internationale efficace.

Comment s'organise cet évènement qu'est un salon ?

## **2. ORGANISATION D'UN SALON**

### **2.1 Elements permettant de définir et classifier un salon**

#### **THEME**

Les manifestations peuvent être de natures très variées, on définit alors le THEME de l'évènement, qui peut être , selon la littérature (14,33)

#### **- SPORTIF :**

Localisées (ski de fond tansjurassienne) au mondialisées (Jeux Olympiques)

Tranquilles (vélo, tour de France) aux plus véhémentes (coupes, championnats de football)

Simple (course type marathon) aux plus mécanisées (grands prix auto)

#### **- CULTUREL, SOCIAL et POLITIQUE :**

Concerts de rock ( eurokéennes de Belfort) au blues (jazz à Vienne)

Des fêtes sobres (fête de la musique) aux plus festives (fête de la bière)

Des rencontres politisées (G8 d'Evian) aux plus spirituelles (rassemblement de Thésée à Paris hiver 2002)

#### **- COMMERCIALES :**

Anonyme (hôpital expo) aux plus connues (foire de Paris)

Des culturelles (biennale d'art contemporain) aux plus commerciales (festival de Cannes).

Noter qu'une manifestation commerciale repose bien souvent sur un secteur d'activité économique, par exemple :

Bijouterie (BIJHORCA), agriculture (salon international de l'agriculture), alimentation (EQUIP'HOTEL), construction (BATIMAT), sécurité civile et militaire (MILIPOL), sport (NAUTIQUE), haute technologie (SITEF), commerce (FRANCHIS EXPO PARIS), art

(FIAC)...

En retenant bien sûr que bien souvent les thèmes se superposent avec une manifestation prenant plusieurs aspects :

Commercial dans les retombées du tour de France

Politique dans la foire de Paris et la venue du président de la république

Social avec les vainqueurs des bleus à la coupe du monde de football en 1998 et sa retombée sociale.

## LIEU D'ACCUEIL

Une manifestation peut avoir lieu dans un espace déjà construit prévu pour accueillir du public ou non.

Les ESPACES CONSTRUITS sont dits « Etablissements recevant du public » ou plus communément appelés E.R.P. et définis comme il suit :

- l'article R123-2 du code de la construction et de l'habitation statue que sont les E.R.P.  
*« tout bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non. »*
- l'article R123-18 du code de la construction et de l'habitation les classe en fonction de leur exploitation selon 21 TYPES subdivisés en deux groupes :  
Soit ils sont réellement dans un bâtiment : 13 types du type L pour les salles d'auditions au type Y pour les musées.  
Soit dans un établissement spécial : 8 types, du type PA pour le Plein Air au type REF pour les Refuges de montagne.

Le caractère EXPOSANT fait que les salles qui accueillent les salons sont des salles d'exposition c'est-à-dire des ERP de type T.

En pratique, ces salles sont des parcs d'exposition par exemple, la porte de Versailles (Paris 15<sup>ème</sup>), Eurexpo (Lyon), le « parc d'exposition » (Chalon sur Saône).

- l'article R123-19 du code de la construction et de l'habitation les classe en fonction de l'effectif potentiel qu'ils peuvent accueillir selon 5 catégories.

La CATEGORIE 1 est la plus grande et est décernée quand les locaux peuvent accueillir PLUS DE 1500 personnes.

LES ESPACES NON CONSTRUITS pour accueillir un public correspondent au véritable plein air :

- les parcs, les places, la rue...
- les champs, les plages, les forêts, les dunes, les ports

Selon la TAILLE :

Certains auteurs considèrent qu'une foule commence lorsque 1000 personnes se rassemblent(5)

Au niveau législatif deux circulaires du Ministère de l'Intérieur concernent les rassemblements sans jamais en définir les termes.

La circulaire n°88-00157 du 20 avril 1988 sur la sécurité des grands rassemblements

La circulaire n°00377 du 23 mai 2001 sur l'expérimentation des dispositifs de secourisme.

En pratique, certaines préfectures estiment qu'une manifestation devient un grand rassemblement à partir de 5000 individus se rassemblant dans un même lieu mais sans en définir la durée (préfecture de l'Yonne par exemple).

La première catégorie des ERP de type T définit les rassemblements de plus de 1500 personnes, le minimum aussi pour que le salon ait un intérêt.

Par exemple, le salon de l'agriculture reçoit 500 000 visiteurs en 8 jours, le mondial de l'automobile c'est 1 400 000 sur 16 jours.

Sans classifier, on parlera aussi du RÔLE du salon, apparaissant comme un « média essentiel des PME »(45) pour faire la promotion autour d'un thème.

Une étude américaine de 1996 citée par le CCIP (2) démontre que pour préparer la vente, préparer de nouveaux produits et/ou services, pénétrer de *nouveaux marchés ou conclure des affaires*, le salon professionnel est considéré, par les entreprises américaines interrogées, *comme un instrument plus efficace que la publicité* ».

Au total, ces foires particulières sont donc juridiquement et économiquement définies et ce depuis la seconde moitié du XXème siècle.

Thème, lieu et taille sont très variables.

En pratique, comment un salon se met-il en place ?

## 2.2 Les acteurs du salon

### PARCS ET ORGANISATEURS

Les parcs sont les composants essentiels d'un salon,

Ils déterminent sa structure et son organisation, ils sont présents dans une majorité des grandes villes mais concentrés dans les régions à forte densité : Paris Ile de France, Rhône Alpes, PACA.

Les organisateurs sont en fait des sociétés organisatrices dont un petit nombre domine le marché. La majorité sont des PME.

L'organisateur est le client du parc.

### LES EXPOSANTS DIRECTS ET INDIRECTS

Selon l'O.J.S.,

L'EXPOSANT DIRECT est « *l'exposant qui occupe un stand au titre de sa propre entreprise, reçoit une facture de l'organisateur, de la manifestation et la règle directement* »

L'EXPOSANT INDIRECT est « *l'exposant qui n'a pas de stand propre, mais représente ses produits ou services sur le stand d'un exposant direct* »

En général on parle de l'exposant direct.

L'exposant est le client de l'organisateur.

### LES PRESTATAIRES DE SERVICE

La Fédération Française des Métiers de l'Exposition (F.F.M.E.) classe et définit elle-même les

différents prestataires comme suit :

*« Les installateurs généraux d'exposition réalisent l'infrastructure de l'exposition, la signalétique générale, la mise en place des planchers, cloisons officielles et toutes les installations générales ».*

*« Les concepteurs-réalisateurs conçoivent, coordonnent et réalisent les stands. Ils ont un bureau d'études, avec des décorateurs spécialisés dans l'expression visuelle et la communication dans l'exposition. Ils étudient l'esthétique et la philosophie du stand, et ils coordonnent avec les ateliers de fabrication la réalisation de tous les travaux ».*

Ces ateliers peuvent être les leurs ou en sous-traitance.

*« Les métiers associés sont les compléments indispensables de la finition des stands..., ce sont les loueurs de mobiliers, fleurs, audiovisuels ; tapissiers, les électriciens, les systèmes d'expositions... »*

D'autres métiers associés au salon incluent aussi le transport, les hôtesse/hôtes d'accueil, les agents de sécurité et de surveillance, la gestion informatique des visiteurs, les agents de nettoyage, le personnel lié à la restauration ainsi que les secouristes ou présence médicale dont nous parlerons plus tard.

Le rôle des différents prestataires est donc lié :

- Au montage, démontage des stands et de leurs attributs
- A l'installation générale de tout le salon (moquette, lumière, décoration)
- La prise en charge du public pour sa sécurité et son confort

En chiffre, la CCIP estime à 250 les installateurs et loueurs de mobilier dont l'activité s'exerce directement sur les salons (2)

En 2000, le CCIP, sans donner de chiffres, estime aussi que :

*« l'activité des prestataires de services représente un volant d'affaires supérieur à celui des parcs d'expositions et surtout qu'elle emploie une main d'œuvre beaucoup plus*

*importante ».(2)*

## LES VISITEURS

Selon l'OJS :

*« Est considéré comme visiteur toute personne pénétrant dans une manifestation économique et présentant au contrôle soit un ticket ou une carte justifiant du paiement d'un droit d'entrée, soit une carte d'invitation munie d'un talon de contrôle numéroté ».*

Du simple badaud au professionnel souhaitant réaliser un investissement d'envergure, le visiteur est l'objet de toutes les convoitises :

*« Le comportement du visiteur a ses grandes tendances. Elles sont si importantes que la plupart des organisateurs ne laissent pas s'achever une édition de leur salons sans charger une société spécialisée de réaliser une enquête sur site, sur la base de plusieurs centaines de personnes interrogées ».(45)*

Le visiteur, qu'il soit professionnel ou appartenant au grand public est le client direct de l'exposant et de l'organisateur.

### **2.3 Mise en place d'un salon**

La PREPARATION se fait par l'équipe organisatrice en général un an à l'avance.

Elle doit :

- trouver le parc qui convient à ses objectifs
- louer au parc la surface qu'elle estime pourvoir relouer par la suite à ses clients, les exposants
- déterminer les dates d'ouverture au public ce qui est une entreprise délicate puisque de

nombreux salons souhaitent ouvrir en même temps

- convaincre les exposants de venir exposer dans son salon, leur louer le plus d'espace possible

- organiser la promotion en aval dans les medias, développer des attractions afin de donner un caractère particulier à son salon, réaliser les démarches administratives et juridiques...

### L'OUVERTURE AU PUBLIC

C'est le rassemblement des personnes :

Les visiteurs rencontrent les exposants et tous sont encadrés par les prestataires de l'accueil engagés par l'organisation.

Parfois : projection de film, soirées festives, concerts, débats sont organisés.

Les enjeux économiques vont du simple achat de produits régionaux au contrat représentant des millions d'euros dans l'aviation (Salon du Bourget).

L'effectif précis est difficile à connaître, et il est très variable :

D'après l'OJS en 2001 sur 188 salons contrôlés 7 301 679 visiteurs ont rencontrés 64 718 exposants.

Ce qui ferait une moyenne de 40 000 visites par salon. Sachant que les portes d'un salon ouvrent en moyenne pendant 4,5 jours (2), cela représenterait 8500 visites par jour, mais tout dépend du salon.

### LE MONTAGE ET LE DEMONTAGE DES STANDS

Les stands sont l'interface indispensable de la rencontre entre l'exposant et le visiteur :

*« La conception du stand est aussi fondamentale que le plan de promotion ou la qualité de la formation de l'équipe ».\**

Les stands sont montés et démontés par les prestataires des métiers de l'exposition. Ce montage-démontage (MD) prend parfois des allures de chantier :

- chacun, de l'organisateur à l'exposant a sa propre équipe de prestataires. L'ensemble se côtoie, mettant en place le stand du plus simple au plus complexe.
- Ce temps de MD est estimé à 6,5 jours en moyenne (2) mais parfois 29 jours sont nécessaires par exemple pour le Mondial de la Machine et du Textile.
- Les professionnels s'accordent à dire que la majorité des MD de chaque stand nécessite plus de 500 hommes par jour et que l'ensemble est souvent supérieur à 10 000 hommes par jour.

Personne n'est identifié ni comptabilisé sur ces chantiers.

Cette entreprise de construction qu'est le MD est rattachée au BTP (Bâtiments et Travaux Publics), avec des aspects peu règlementés :

- les matériaux de construction ne sont pas toujours ceux prévus
- les installations sont faites pour une exposition temporaire, non pour une habitation définitive
- les chantiers sont courts dans le temps, parfois réduits dans leur durée, pas toujours très surveillés, la rapidité prend parfois la place de la sécurité, car peu importe le retard pris, le salon devra ouvrir à une date précise au public. Aux prestataires de tout mettre en œuvre pour !

Ajoutons que les entreprises prestataires sont éloignées du site sur lequel elles ont été temporairement sollicitées : elles viennent parfois d'une autre région, d'un autre pays, parfois amenées par l'exposant lui-même.

### **3. Evaluation des facteurs de risque d'un évènement**

#### **3.1 Définitions**

Le RISQUE c'est « *l'exposition à un évènement redouté, plus ou moins prévisible, qui menace la sécurité ou l'existence des personnes* ». (33)

Les FACTEURS DE RISQUES sont les éléments qui favorisent les risques.

Par exemple : le risque c'est la probabilité qu'il y ait la panique.

Le facteur favorisant c'est la dangerosité d'une structure ou d'une sécurité déficiente qui ne pourra pas gérer la situation.

Les EVENEMENTS

C'est quand le risque se concrétise, alors il devient l'évènement.

Il y a un lien entre chaque acteur du risque puisque un cercle vicieux peut facilement s'établir par cause à effet entre chaque membre de cette définition.

Quand il y a un facteur de risque, il peut y avoir un risque et donc un évènement, et un évènement peut entraîner un nouveau risque en rapport avec un autre facteur de risque...

#### **3.2 Classification des risques**

INDUITS/ NON INDUITS

- Non induit : la manifestation n'est pas en cause :

Tout individu présente un potentiel pathologique qui lui est propre. Il peut se révéler à l'occasion d'une manifestation sans que celle-ci puisse en être tenue responsable.

Participer à une manifestation c'est accepter la probabilité qu'un évènement médical se produise, qui ne serait réalisé dans aucune autre circonstance (2,3).

- Induit : la manifestation est en cause :
  - directement : brûlures lors de feux d'artifices, chute lors d'une fête foraine, accident de voiture lors d'un essayage de nouveaux prototypes...
  - indirectement : lorsque la manifestation peut majorer un état pathologique préexistant : asthme avec foule/ fumigène, cardiologique avec un effort à réaliser, diabète (5)avec une manifestation gastronomique
- Quand la manifestation rend l'accès aux soins difficile.(33)

### INDIVIDUELS OU COLLECTIFS

Individuels :

- majoration d'une pathologie individuelle préexistante et difficulté d'accès aux soins
- état pathologique stable qui se révèle

Collectif : (5)

- mouvements de foule avec compression lors de concerts (1,5,6,33)
- incendie (33)
- attentat (33)
- accident mécanique : par exemple, effondrement d'une structure métallique type gradin au stade de Furiani en 1992
- voiture heurtant la foule (15)
- saturation des secours car débordement, d'où moins bonne prise en charge des patients (33)

## MINEURS OU MAJEURS

Mineurs : céphalées, ampoules

Majeurs :

- arrêts cardio-respiratoires spontanés, pris en compte en priorité par les américains (3,33)
- risque matériel collectif, par exemple effondrement de tribune, plutôt pris en considération par les français

## FREQUENCE

En général, les plus courants sont les plus anodins et les plus graves, les plus exceptionnels.(33)

Le risque non induit existe toujours, il est imprévisible et rend le risque zéro improbable.

Mais certains facteurs induisent le risque, le but étant de les identifier afin de les rendre évitable avant toute manifestation.

### **3.3 Identification des facteurs de risque**

Classification proposée en fonction de différents éléments :

#### LE PUBLIC :

La sociologie du public (5,6) visé lors d'une manifestation permet d'évaluer le risque. Par exemple,

lors des concerts de rock, le taux général de consultation est en hausse (31), surtout quand il y

a consommation d'alcool ou de drogue. Ce sont alors les cas les plus sévères type coma

éthylrique ou overdose.(1,4,5,23)

L'âge augmente le taux de consultations (4,5) et le taux d'arrêts cardio-respiratoires spontanés.(31)

La notion de pathologies préexistantes (2,5,6) favorise le risque de complications.

Le stress (2) et l'ambiance générale (32), avec la notion de violence (4) lors des matchs de Football (5,6,14) par exemple.

L'effectif (1,2,3,5,14,33) avec son importance et sa densité.(32)

### LE CONTEXTE

Le contexte social, par exemple une manifestation au moment des retours de vacances avec des axes routiers saturés (5,6), comme cela s'est produit lors du concert de Madonna dans les années 80.

Le contexte politique, la crainte du terrorisme et des attentats ayant fait chuter le taux de participation de toutes les manifestations.

### LE LIEU

En Intérieur, avec les risques liés aux structures, risque d'effondrements (14,33), ou risques de confinement.(1,2)

En extérieur, avec l'éventuelle présence d'un terrain accidenté (5,6), le non accès à des points d'eau surtout en période de chaleur.

L'éloignement rendant un accès difficile aux points de secours (3,33), et augmentant la fatigue du voyage.(6)

Les conditions d'accueil du public comme la station debout prolongée fatiguant les participants.(1,6,23)

### LE CLIMAT

Essentiellement en rapport avec l'humidité (6,46) et la chaleur(20,22,46).

## THEME DE LA MANIFESTATION

Lié à ce qui fait l'objet du spectacle :

- les sports (5,6,22), augmentant les risques d'ACR chez les sportifs (31), les risques de déshydratation et syndrome d'épuisement (5,6,33).
- les meetings aériens et courses automobiles avec les risques matériels (5,6,14,33)

Lié au public attendu :

- la sociologie du public : manifestations religieuses avec beaucoup de sujets âgés,
- handicapés pour la venue du Pape,(31)
- les manifestations musicales, sportives, (1,4,5,6,23,33)
- les manifestations politiques (31,33)
- les personnalités, la présence d'une personnalité augmente le risque d'attentat et de
- mouvement de foule (33)

Les dates et horaires : les dates déterminent le climat, le jour de la semaine comme présentant plus de risques, les horaires dans la gravité nocturne par rapport à diurne.

La durée, plus la manifestation est longue, plus les risques sont importants.

Ainsi, on remarque que d'une manière globale, pour évaluer un risque, il ne suffit pas de s'attarder sur la manifestation mais aussi sur tous les autres facteurs de risque associés.

### **3.4 Application aux salons**

#### PARTICULARITE DES SALONS

- durée prolongée : le salon est une manifestation qui dure plusieurs jours, ce n'est pas un évènement de quelques jours

- le public : un salon est un lieu où différents acteurs sont réunis : les organisateurs, exposants, prestataires sont les moins nombreux et restent toute la durée de l'OP, parfois lors du MD. Les plus nombreux sont les visiteurs, mais ceux-ci ne restent que quelques heures.

Tous les auteurs le préconisent, avant de discuter l'intérêt de la médicalisation d'une manifestation, quelle qu'elle soit, il faut analyser les risques que le salon peut représenter pour chaque individu qui s'y rend.

Nous en reparlerons plus précisément lors du chapitre sur la mise en place d'une médicalisation.

## GRILLE D'ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE

A quels risques l'organisateur doit-il s'attendre ? Toutes populations confondues ?

<b>Identification Des facteurs de risques</b>	<b>Analyse De la manifestation</b>	<b>Evaluation Du risque</b>
<b><u>CONTEXTE</u></b> Risque d'attentat	Dépend du contexte politique	- à variable
climat	Dépend des dates, De la climatisation	variable
Mouvement social	Dépend des dates	variable
<b><u>SITE</u></b> Dangerosité de la structure ERP type T	Risque d'effondrement	Variable a +
intérieur	Non confiné	+
mobilité	Station debout prolongée	++
Accessibilité aux secours	variable	variable
<b><u>THEME</u></b> Sociologie de la population	calme	- à variable
Exposition risquée	variable	- à variable
<b><u>DATE ET HORAIRE</u></b> nuit	non	-
Jour de la semaine	variable	variable
Nombre d'heures	variable	variable

## FACTEURS DE RISQUES PARTICULIERS AUX SALONS

### Facteurs communs à toutes les populations.

La structure représente une dangerosité potentielle.

Rappelons la catastrophe du stade de Furiani en Corse, le 5 mai 1992 avec l'effondrement de la partie haute de la tribune provisoire, faisant 39 morts, 2857 blessés.

Le risque est majeur et collectif.

En 2000, l'effondrement d'une partie du toit du hall 4 du parc des expositions « Paris, Porte De Versailles », heureusement en dehors de toute activité.

Toute visite sur un salon représente de longues heures debout dans un espace confiné, ce sont des complications mineures et fréquentes (ampoules, fatigue, céphalées).

L'accessibilité aux secours dépend de la localisation du parc d'expositions :

- Eurexpo à Lyon est éloigné des structures médicales tout comme le parc de Paris Nord Villepinte.
- La porte de Versailles est en plein 15ème arrondissement de Paris, mais les axes routiers peuvent être surchargés en jours de semaine avec affluence.

Les objets exposés : effondrement d'un bateau à mat, d'une voiture ou autres objet lourd et spacieux.

Le contexte, selon l'actualité.

### Facteurs particuliers aux visiteurs

L'effectif est très variable, d'une fréquentation très faible sur des salons très spécifiques professionnels aux salons très renommés attirant une masse importante de public, comme le salon de l'automobile.

Le thème conditionne la sociologie du public.

L'âge, les pathologies préexistantes, les comportements

La venue d'une personnalité lors d'un salon est un facteur de risque, comme le Président de la République au salon du Bourget ou au salon de l'agriculture.

#### Facteurs particuliers liés aux exposants, prestataires et organisateurs

Leur effectif est variable, souvent peu nombreux, leur durée de participation est prolongée, bien souvent au-delà des horaires habituels.

La difficulté d'accès aux soins en raison de l'éloignement de leur lieu de vie, et l'éloignement d'une structure médicale, encore moins accessible par des horaires de travail étirés.

Stress et fatigue en rapport avec la pression d'efficacité, de succès dans l'organisation et des enjeux économiques.

#### ANALYSE GRILLE DE RISQUE D'UNE ASSOCIATION DE SECOURISTE

Quand une association de secouristes est contactée par un organisateur pour leurs services sur un évènement prévu, ceux là établissent une grille d'évaluation des risques en fonction de la manifestation, afin de déterminer, selon le risque calculé (à l'aide d'abacs), quel sera l'indice total de risque  $I_p$ , et donc le Ratio d'Intervenants Secouristes RIS c'est à dire le nombre de secouristes à prévoir pour cette manifestation. Annexe 1.

En fonction de ce nombre déterminé par calculs, l'association mettra en place un Dispositif Prévisionnel de Secours ou DPS, pouvant être de petite, moyenne ou grande envergure selon le nombre d'individus à engager. Annexe 2.

Leur analyse de risque se fait sur des critères précis :

- l'activité du rassemblement (public uniquement) :  
à savoir s'il s'agit d'un public : assis, debout statique ou dynamique
- l'activité du rassemblement (acteurs seulement) :

s'il s'agit d'un sport avec une activité plus ou moins dynamique

- caractéristiques de l'environnement ou de l'accessibilité au site

s'agit il d'une structure permanente, temporaire, en intérieur ou extérieur, dans un espace naturel (nombre d'hectares), la distance du brancardage, si le terrain est en pente et s'il y a d'autres conditions d'accès difficile.

- le délai d'intervention des secours publics, à chiffrer en minutes.

Un ratio d'intervenants secouristes est alors calculé, prenant en considération les risques vus précédemment et l'effectif prévisionnel de public reçu évalué par l'organisateur.

Du nombre de secouristes à prévoir découlera alors un Dispositif Prévisionnel de Secours à mettre en place.

Au total,

Le salon est un évènement particulier avec des critères bien précis à prendre en considération pour évaluer les risques. Non seulement en rapport avec la structure, mais aussi avec la population qui fréquente les lieux, qu'elle soit visiteur ou faisant partie des travailleurs.

C'est finalement une bonne analyse du risque qui permettra de mettre en place une organisation de secours la plus adaptée.

## **4. Etapes de la mise en place d'une médicalisation sur un évènement**

### **4.1 L'organisateur**

#### **ORGANISATION :**

Rappelons que l'ORGANISATEUR est celui qui va décider de la mise en place d'un salon/exposition dans un parc d'exposition.

L'organisateur fait partie d'une société organisatrice dont un petit nombre domine le marché.

La majorité sont des PME (Petites et Moyennes Entreprises) et ils sont le client du parc.

A noter que les organisateurs et les parcs se retrouvent dans un même secteur d'activité économique, classe « 748J ».

Chaque secteur d'activité économique est classé par l'INSEE. Sa nomenclature économique regroupe, sous la classe « 748J », les entreprises organisatrices d'évènements, ainsi que celles qui ont la charge de la mise en place des expositions, entre autres celles de gestionnaires de parcs.

#### **MISE EN PLACE :**

L'organisation d'un salon est réalisée par une équipe qui se met au travail un an à l'avance.

Elle doit :

- trouver le parc qui convient à ses objectifs
- louer au parc la surface qu'elle estime pouvoir relouer ensuite à ses exposants
- déterminer les dates d'ouverture au public, ce qui est une entreprise délicate puisque de nombreux salons souhaitent ouvrir en même temps
- convaincre les exposants de venir exposer dans leur salon, en leur louant le plus d'espace possible

- organiser la promotion en aval dans les médias, développer des attractions afin de donner un caractère particulier au salon, réaliser des démarches administratives et juridiques.

## **4.2 La juridiction de l'ouverture d'un salon**

### **4.2.1 Pour l'ouverture du public**

Pour ouvrir un salon, l'organisateur doit faire une demande d'ouverture au préfet du département avant le premier mai de l'année précédent la date prévue.

A noter que la demande était faite au préfet jusqu'à il y a 3 mois, et qu'il s'agit maintenant de la mairie.

La mairie statue alors avant le 1<sup>er</sup> juillet, en signifiant sa décision à l'organisateur et au ministre chargé du commerce, article 1 de l'arrêté du 10 janvier 2001.

Le cadre juridique lié au lieu :

- un salon se déroule dans une salle d'exposition c'est-à-dire un Etablissement Recevant du Public ou ERP, de type T.

Tous les ERP sont soumis à des dispositions communes et particulières à chacun d'entre eux.

Les dispositions liées aux ERP de type T :

- les dispositions communes sont définies par l'arrêté du 25 juin 1980
- les dispositions particulières sont définies par l'arrêté du 18 novembre 1987, elles sont
- relatives à la sécurité contre les risques d'incendie et de panique.

Un règlement est lié au code de la construction et de l'habitation :

Les dispositions communes et particulières sont des règlements de sécurité tirés du code de la construction et de l'habitation.

Ils portent sur l'effectif maximal, les obligations des propriétaires (parcs), des exploitants (organismes), des exposants, des chargés de sécurité, de l'autorité administrative. Aussi sur, la construction, les aménagements, les dégagements, le désenfumage, le chauffage et la ventilation, les fluides (électricité, gaz), les éclairages, les dispositions spéciales à certaines présentations (celles de machines exposées) et les moyens de secours contre l'incendie (article T47 à 52 de l'arrêté du 18 novembre 1987).

L'article T48 de l'arrêté du 18 novembre 1987 établit que la sécurité doit être assurée par des agents ERP payés par l'organisateur. Il détermine le nombre d'agents ERP en fonction de l'effectif accueilli pendant l'ouverture au public :

4 agents pour un effectif entre 6 et 10 000, et 5 au-delà de 10 000.

Au-delà de 30 000, la composition du service sera déterminée en fonction de la commission départementale de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité.

Les agents ERP :

3 niveaux déterminent leur responsabilités ( ERP 1 les plus faibles à ERP 3 les plus importantes).

Leur formation est liée au feu, à la malveillance et à la surveillance.

Mais dès leur premier niveau, il leur est demandé de maîtriser quelques gestes élémentaires de secourisme (niveau SST : Sauveteur Secouriste du Travail).

Ref de l'annexe de l'arrêté du 18 mai 1998 relatif à la qualification du personnel des services de sécurité incendie des ERP.

## **4.2.2 Pour le montage et démontage**

Le montage et démontage des stands est un temps de travail lié au bâtiment.

Il est donc soumis au code du travail, au code de la construction et de l'habitation, au droit communautaire.

Assurer la sécurité et la santé des travailleurs est une obligation pour les employeurs :

L'article L.230-2 du code du travail traduit le droit communautaire et stipule entre autres : « le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires ».

Depuis 2002, alors qu'aucun moyen n'était mis en place, le décret 94-1159 en date du 26 décembre 1994 tente de s'imposer : avant l'année 2001, aucune mesure n'était prévue pour les périodes de montages et démontages des salons.

Fin 2001 et début 2002, Mme C., inspectrice du travail du 15<sup>ème</sup> arrondissement, soutenue par Mr C., directeur des relations au travail a estimé que les moyens à mettre en place sont et ce « sans équivoque » ceux prévus par « le décret 94-1159 en date du 26 décembre 1994, le risque principal (lors des MD) étant lié à la co-activité des interventions simultanées ou successives dans le cadre de chantiers clos et indépendants ».

Un nouveau texte en date du 26 décembre 1994 est apparu, le décret 94-1159.

Il est issu de deux directives européennes :

- celle n°89/391 CEE en date du 12 juin 1989 concerne la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

- Celle n°92/57 CEE en date du 24 juin 1992 concerne les prescriptions minimales de sécurité et de santé à mettre en œuvre sur les chantiers temporaires ou mobiles.

Il impose la participation d'un coordonnateur en santé sécurité du travail à tout montage et démontage à partir du moment où (9) :

- au moins une entreprise
- le chantier dépasse 500 hommes par jour
- une des entreprises présente un travail à risque (liste particulière).

Le coordonnateur en santé et sécurité du travail :

- à les compétences requises obtenues par toute personne ayant l'expérience du bâtiment et qui participe à une formation particulière
- son action est essentiellement en amont, il doit imaginer des processus visant à limiter les risques pour les travailleurs. Il n'est pas présent tout au long de la réalisation du chantier mais il conseille et signale tout ce qui lui semble inadéquat pour la sécurité et la santé des ouvriers. A son employeur d'en tenir compte ou non.
- Retenons qu'il est employé par celui dont il doit juger la construction

## **4.3 Médicalisation**

### **4.3.1 Préfecture de police**

Selon la préfecture de police, en ce qui concerne la mise en place des secours lors d'une manifestation publique,

pour l'organisateur :

« Dès qu'une manifestation peut rassembler plus de 500 personnes ou qu'elle présente un risque particulier en raison de sa nature ou de son lieu d'implantation (manifestations sportives ou nautiques, etc...), il est demandé à l'organisateur de prendre en charge la mise en place d'un DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS. Annexe 2.

L'organisateur doit prendre contact au moins un mois avant la date de la manifestation, avec le Service Protection des Populations (Bureau des associations de sécurité civile-tel 0153713248-Fax 0153715786) afin de présenter le dispositif prévisionnel de secours qu'il envisage de mettre en place (implantation du ou des postes de secours, nombre et qualification des secouristes, etc...)

En cas de besoin, la liste des associations de sécurité civiles, agréées par le ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales pour la mise en place de secours au public, sera remise à l'organisateur sur simple demande.

L'organisateur doit garantir en permanence l'accessibilité du site aux services de secours et prévoir des aménagements sanitaires adaptés à la manifestation.

Dans tous les cas, l'association de sécurité civile agréée choisie par l'organisateur devra soumettre pour validation au moins 48 heures avant le début de la manifestation une déclaration préalable d'ouverture de postes de secours auprès du service précité. »

Mise à jour le 14/05/2010. Obligations des organisateurs, Préfecture de police.

### **4.3.2. Liste des associations**

Le rôle des associations de secourisme :

Les associations de secourisme sont des associations à but non lucratif régies par la loi de 1901. Elles ont principalement trois activités : la formation, la tenue de postes de secours et la

participation aux plans d'urgence.

Le terme exact utilisé dans la loi est « associations de sécurité civile » (par exemple loi 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs pompiers, ou encore loi 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile), c'est-à-dire les « associations ayant la sécurité civile dans leur objet social ».

Les organismes de secourisme, les associations :

-ADES (Association Défense et Secourisme)

-AFPS (Association Française des Premiers Secours)

-ANIMS

-ANPS (UDPS)

-CFSPC

-Corps mondial de secours (CMS)

-Croix Blanche (SFCB)

-Croix Rouge Française (CRF)

-ELISA-MEDICOPTERE (Equipe Légère d'Intervention et de Secours Aéroportée-Mélicoptère)

-Fédération Nationale de Protection Civile (FNPC)

-FFESSM

-Fédération Nationale de Protection Civile (FNPC)

-FFESSM

-Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS)

-Formateurs de Police (FFSFP)

-Maîtres nageurs sauveteurs (FFMNS)

-Ordre de Malte

- Pisteurs
- Pompiers de l'Urgence Internationale
- UMPS - Unité Mobile de Premier Secours
- UNASS Formation- Union Nationale des Associations de Secouristes et Sauveteurs La Poste
- France Télécom (UNASS)
- Union Nationale de Protection Civile (UNPC)
- RATP
- Sapeurs-Pompiers (FNSPF)
- SNSM
- Spéléo-secours français (SSF)
- Fédération Nationale des Radiotransmetteurs au service de la Sécurité Civile (FNRASEC)

### **4.3.3 Le Dispositif Prévisionnel de Secours ou DPS**

Un dispositif prévisionnel de secours est mis en place sous la responsabilité de l'organisateur.

Les acteurs :

- société de médicalisation : avec une responsabilité des soins, type MIP
- une association de protection civile : sous responsabilité de l'organisme ou société de médicalisation
- actions conjointes le plus souvent quand grand dispositifs

Il est prévu pour tout type de manifestation :

- privée
- lieu ou voie privée
- professionnelle
- grand public : avec déclaration obligatoire à la mairie/préfet

- voie public : avec déclaration obligatoire à la mairie/préfet

Un dispositif prévisionnel de secours est envoyé par l'organisateur à la mairie/préfet.  
Annexe 3.

Celui-ci comprends les détails de la manifestation dont :

- Date, lieu, horaires
- Objet et descriptif
- Occupation des espaces
- Coordonnées de l'organisateur
- Classement selon l'ERP (type d'activité) et la catégorie (nombre de personnes)
- Règlementations
- Accessibilité
- Dégagements des espaces (sorties de secours)
- Aménagements
- Installations électriques
- Chauffage
- Désenfumage
- Eclairage de sécurité
- Alarme incendie
- Moyens de secours
- Composition du service de sécurité (agents SSIAP)
- Consignes établies pour les agents de sécurité
- Accessibilité des personnes à mobilité réduite

Et les autorités répondront par un accord selon la qualité et la quantité.

A noter que seul le maire ou le préfet peu valider un dispositif, pour cela il peut s'aider du

référentiel (arrêté du 7 novembre 2006).

Voir annexe 3, exemple d'assemblée générale en cours d'organisation envoyée par l'organisateur au préfet.

En réponse, voir le DPS fourni par l'association de secouristes, annexe 2, DPS de la Croix de Malte.

#### **4.3.4 Grille de risques**

Elle est fournie par l'association et permet d'obtenir une évaluation des risques ou coefficient RIS, calculé en fonction du nombre de personnes attendues, de la géographie du terrain et de la durée du poste de secours. Ainsi, on sait quel type de dispositif est le mieux adapté à la manifestation. Annexe 1.

Les réponses proposées sont alors,

- un dispositif minimal, le Point d'Alerte et de Premier Secours (PAPS)

Composé de deux équipiers secouristes (PSE2) ou d'un équipier secouriste (PSE2) et d'un secouriste (PSE1) et éventuellement d'un logisticien (PSC1).

Leur matériel correspond au lot C. (Un lot de premier secours et un lot d'oxygénothérapie+DSA).

NB : PSE : Diplôme de Premiers Secours en Equipes niveau 1 et 2.

- un dispositif de petite envergure

une à deux équipes de secours (correspondant à quatre équipiers-secouristes (PSE2) dont l'un est au moins titulaire du Chef d'Intervention (CI) futur Chef d'Equipe.

- un dispositif de moyenne envergure

Trois équipes, une équipe de secours.

- un dispositif de grande envergure

Au-delà du dispositif de moyenne envergure, si besoin appel à d'autres structures.

Annexe, grille de risque croix de malte.

Le risque est classé en fonction :

- du type d'établissement ERP :

Types d'établissements en « dur » :

J : structures d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées

L : salles d'auditions, de conférences, de réunions, de spectacles

M : magasins de vente, centres commerciaux

N : restaurants et débits de boissons

O : hôtels et pensions de famille

P : salles de danse et salles de jeux

R : établissements d'enseignement, colonies de vacances

S : bibliothèques, centre de documentation

T : SALLES D'EXPOSITION

U : établissements sanitaires

V : Etablissements de culte

W : Administrations, banques, bureaux

X : Etablissements sportifs couverts

Y : Musées

Code de la construction et de l'habitation, et notamment les articles R123-1 et suivants

Arrêté du 25 juin 1980 qui régit les ERP

Etablissements spéciaux :

PA : Etablissements de plein air

CTS : Chapiteaux, tentes et structures itinérants ou à implantation prolongée ou fixes

SG : Structure gonflables

PS : Parcs de stationnement couverts

OA : Hôtels et restaurants d'altitude

GA : Gares accessibles au public

EF : Etablissements flottants ou bateaux stationnaires et bateaux

REF : Refuges de montagnes

Code de la construction et de l'habitation, notamment les articles R123-1 et suivants, arrêté du 25 juin 1980 qui régit les ERP.

- de la capacité du lieu

ou catégorie :

1<sup>ère</sup> catégorie : au dessus de 1500 personnes

2<sup>ème</sup> catégorie : de 701 à 1500 personnes

3<sup>ème</sup> catégorie : de 301 à 700 personnes

4<sup>ème</sup> catégorie : 300 personnes et au dessous, à l'exception des établissements compris dans la

5<sup>ème</sup> catégorie : établissements accueillant un nombre de personnes inférieur au seuil

dépendant du type d'établissement

article R123-19 du code de la construction et de l'habitation

- de la capacité d'accueil du public, exemples :

L : salles d'auditions, de conférences, de réunions, de spectacles

Places assises 0,5p/mètre linéaire (ml), et de 0,5 a 3 personnes au m2 debout

N : restaurants et débits de boissons

Assise : 1p/m<sup>2</sup>, debout 2p/m<sup>2</sup>

P : salle de danse et salles de jeux

4p/3m<sup>2</sup> hors podium

T : salle d'exposition

1p/m<sup>2</sup> ouvert au public

V : Etablissements de culte

1p/0,5 ml sur banc et 2/m<sup>2</sup>

X : Etablissements sportifs couverts

Suivant déclaration maître d'ouvrage ou spécifique à usage (piscine, patinoire...)

CTS suivant type de structure et activité.

#### **4.4 Les différentes structures de secours**

- pompiers du site (SSIAP) : Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personne
- Secouristes (croix rouge, croix malte, protection civile...)
- SAMU
- Médecin de ville (payant ou bénévole) ou appartenant à la structure
- Infirmier
- Structure privée avec médecin « MIP »

A chaque structure ses différentes FILIATION, FONCTIONS, CAPACITES et COMPETENCES, à l'inverse ses INCOMPETENCES, RESPONSABILITES.

Tableau descriptif.

	filiation/ RESPONSABILITE	Fonctions principales	compétences	incompétences
Pompiers du site SIAAP	Sécurité du site	Incendie Mouvement de foule	Feu Gestion de la population Gestes de premiers secours « en cas de force majeure »	médical
secouristes	Secourisme associatif loi 1901	Premiers gestes d'urgence Relevage immobilisation	Premiers secours	Pas de délivrance de médicaments Pas de diagnostic Pas de médical Pas de régulation
SAMU BSPP	Etat, aujourd'hui sur réquisition	Urgence Diagnostic Soins , Réanimation, évacuation	Urgence Réanimation	N'accepte pas les demandes directes de présence des organismes
Médecin appartenant à la structure Ou médecin de ville	Responsable  Pas de contrat, non responsable	Diagnostic, traitement, généralement hors urgence réanimatoire	Diagnostic, soins	Sécurité feu
infirmier	Sous la responsabilité du médecin	Constantes, soins premiers gestes	Premiers secours	Pas de diagnostic médical, doit référer pour évacuer
Structure privée de médicalisation	Responsable : contrat	Urgence, réanimation, décision d'évacuation, de mise en œuvre de moyens	Urgence Réanimation Evacuation Notions de sécurité, médecine générale de confort	Sécurité Feu

Quelques détails :

SSIAP :

Diplômé niveau 1, 2 ou 3

Leur nombre et qualité dépend du type d'établissement et de la catégorie.

La déclaration est faite par le responsable de la sécurité incendie.

Par exemple :

1<sup>ère</sup> catégorie > 3000 personnes

- en incendie : 1 SSIAP2, 2 SSIAP1, + 1 SSIAP1 pouvant être dédiés à d'autres tâches
- en représentation : 1 SSIAP2, 2 SSIAP1 jusqu'à 6000 personnes, puis 1 SSIAP1 par tranche de 3000 personnes.

Attention, dans les établissements T, ils doivent être en surplus du dispositif de base.

Article MS 46 (arrêté du 21 février 1995)

Le rôle du SSIAP est de :

- assurer la vacuité et la permanence des cheminements d'évacuation jusqu'à la voie publique
- assurer l'accès à tous les locaux ouverts au public à la commission de sécurité
- effectuer des rondes pour prévenir et détecter risques d'incendie, même dans locaux vacants
- faire appliquer les consignes de sécurité en cas d'incendie
- diriger les secours en cas d'incendie, en attente des sapeurs pompiers
- veiller au bon fonctionnement du matériel de protection contre incendie (extincteurs...)
- tenue du registre de sécurité

Article R123-51, (arrêté du 21 février 1995)

### Moyens de communications :

A noter que les moyens de communications sur site sont :

- le téléphone filaire avec une ligne de sécurité qui ne passe pas par un standard.

- le moyens de télécommunications mobiles :

Talkie-walkie , avec des canaux différents, Téléphone portable, satellite

- PC de communication et régulation ( en particulier médical)

Tous sont des acteurs de prévention et maillon de la chaîne de soin sur place, pour être présent sur place rapidement, détecter, si possible diagnostiquer et agir.

A l'organisateur de déterminer quelle couverture il voudra pour sa manifestation, et de juger au mieux pour que si nécessité il y a, la couverture médicale soit alors la plus adaptée.

Etudions maintenant 3 cas d'études et recueils de données.

## **Partie II : ETUDES ET RESULTATS**

## **5. Recueil de statistiques**

### **5.1 Reprise d'une étude retrospective pour Medical International Presence (M.I.P.)**

La société « Medical International Presence » ou « M.I.P. » est une société privée d'encadrement médical d'évènements.

Elle se propose de rendre disponible les données de son activité médicale sur une période donnée lors d'une étude rétrospective.

Nous analysons les consultations lors de salons à posteriori, ayant eu lieu au cours des années 2000 et 2001, soit 44 salons au total, et 2142 actes médicaux ou consultations, réalisés par l'équipe médicale, comprenant toujours un médecin au minimum plus ou moins une infirmière.

Le recueil de l'activité a été effectué pendant la période de médicalisation de l'évènement soit pendant les périodes de montage/ démontage et ouverture au public.

Les pathologies sont classifiées par appareil ;

quand il s'agit d'une atteinte traumatique :

- lésion cutané-muqueuse avec des sous classifications : plaie, ampoule, brûlure, ongle
- orthopédie, avec ses sous classifications : contusion, entorse, fracture

quand il s'agit d'une pathologie non traumatique :

- appareil digestif
- cardio-vasculaire, détaillé avec : malaise vagal, tension, CV autres
- dermatologie
- endocrinologie

- gynécologie
- neurologie
- odontologie
- ophtalmologie
- ORL
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Suite de soins médicaux
- Syndrome grippal
- Troubles fonctionnels avec : céphalées fonctionnelles, asthénie, malaise, spasmophilie, vertiges
- autres

Nota Bene : Quelques salons ont été exclus en raison de l'identité non retrouvable sur les fichiers, quelques actes n'ont pas été retrouvés en rapport avec une période de montage/démontage ou ouverture au public, elles n'ont donc pas été pris en considération. Après exclusions, il reste : 42 salons, 2070 consultations, donc 95% des données de départ sont utilisables.

#### REPARTITION EN FONCTION DU MOMENT :

- 42 salons pendant l'ouverture au public
- 34 salons pendant montage/ démontage parmi les 42
- soit 80% des salons ont été médicalisés pendant le montage/démontage.

## DESCRIPTION :

Notre source d'information est fiable : plus de 80% des salons sont contrôlés totalement par l'O.J.S. que ce soit pendant l'OP 85% ou MD 82%.

Les salons médicalisés sont des salons professionnels pour plus des  $\frac{3}{4}$  d'entre eux, OP 76% et MD 85%.

Les salons sont tous sur Paris Ile de France, surtout sur les deux plus grands sites français, Paris porte de Versailles OP 57% et MD 53%, Paris-Nord Villepinte OP 28% et MD 35%

## EFFECTIF :

Sur l'effectif des visiteurs : 2 308 632 visiteurs potentiellement pris en charge en 173 jours soit 13 340 visiteurs par jour en moyenne.

55 000 visiteurs par salon

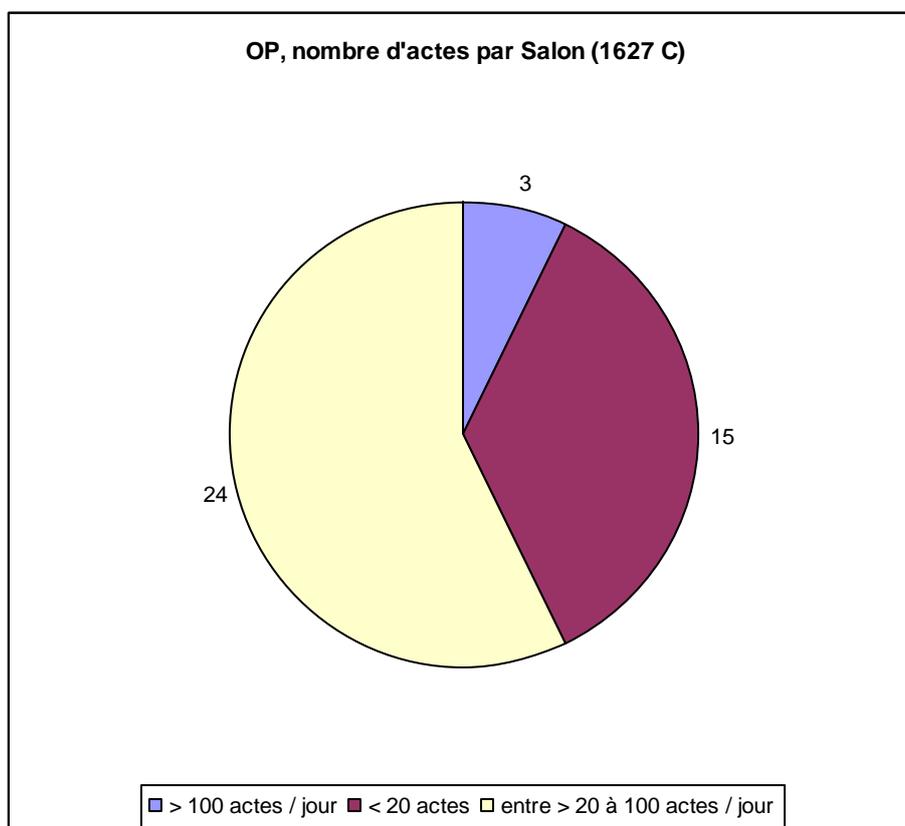
21 000 stands montés et démontés, sur plus de 80 hectares et ce, pendant 225 jours estimés.

Soit 3500m<sup>2</sup> construits par jour pour des stands de 40m<sup>2</sup>.

Quelles pathologies ont été prises en charge ? pour quel type de patients ?

### **5.1.1. RESULTATS ACTIVITE MEDICALE PENDANT L'OUVERTURE AU PUBLIC :**

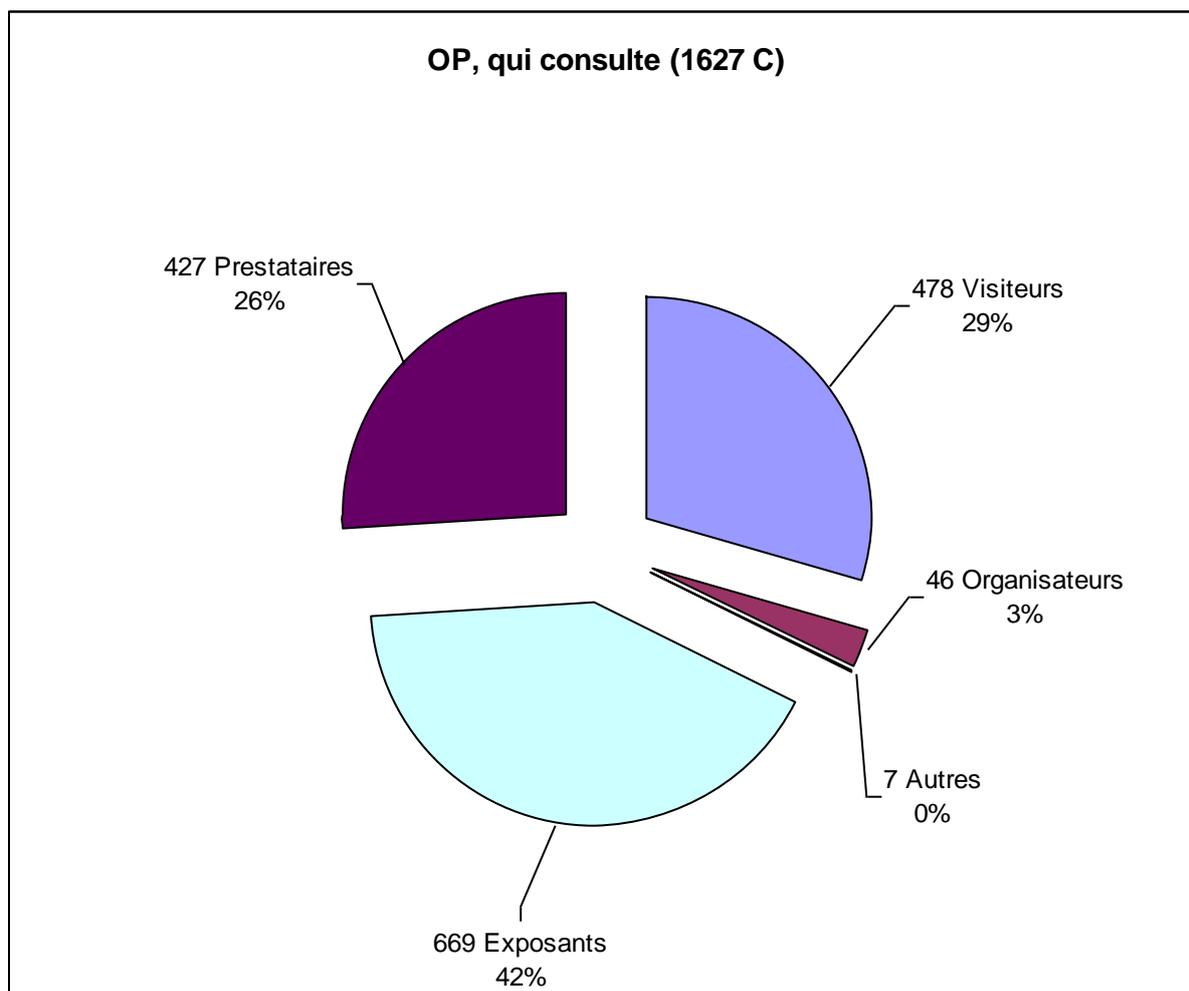
Sur les 42 salons, 1627 patients ont été pris en charge, avec 3 salons a plus de 100 actes par jour, pendant leur ouverture et 15 salons avec moins de 20 actes.



Par salon, on note une activité très variable pendant l'OP avec des actes par jour variant de 3 à 144 avec une médiane faible à 34 et une moyenne à 42.

Par jour d'OP, il y a eu 30 jours d'OP soit 17,34% sans aucune consultation, le minimum de consultations allant de 0 pour un maximum à 61 avec une médiane faible à 7 et une moyenne à 9,4 patients par jour.

## QUELLE POPULATION PRISE EN CHARGE PENDANT L'OP :



Les 3 acteurs pris en charge en majorité sont : les exposants (41,11%) et non pas les visiteurs (29,38%), puis les prestataires (26,24%).

Ainsi les visiteurs représentent à peine plus du quart des demandes de soins ; 71% des consultants ne sont pas des visiteurs.

## AGE DE LA POPULATION :

Pour toute la population prise en charge lors des consultations, TOUS sont des adultes jeunes, avec une médiane à 33 ans et une moyenne à 35 ans ; avec pour les exposants 37,2 ans, les visiteurs 35,5 ans ou les prestataires 31,8 ans.

## LA GRAVITE DANS LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

On classe les degrés d'urgence selon 3 niveaux :

U1 : urgence absolue, il faut un médecin rapidement sans pour autant que le délai d'intervention soit précisé

U2 : urgence relative, il faut un médecin, mais ce n'est pas une U1

U3 : pas d'urgence, un infirmier peut s'occuper du cas

On note si nécessité d'EVACUATION du patient

Sur les 42 salons, les médecins ont été confrontés à 13 urgences de niveau 1.

Elles concernaient les trois acteurs principaux du salon : exposants (4), visiteurs (7), prestataires (1), autres (1).

Peu d'U1 sont traumatiques (2), dont un prestataire évacué par le SAMU.

Il y a surtout des U1 non traumatiques (11) avec une diversité des atteintes : détresse respiratoire sur pneumothorax, choc anaphylactique, œdème de Quincke, coma éthylique, deux pathologies gynécologiques, une suspicion d'angor.

LES EVACUATIONS :

39 personnes ont été évacuées : 11 U1 (évacuées le plus souvent par SAMU-8-) et 22 U2.

Les évacuations pour des urgences de niveau 2 ont touchées les trois populations principales :

14 visiteurs, 8 prestataires, 5 exposants, 1 autre.

Qualité des pathologies :

Les 14 patients pour des pathologies non traumatiques : pneumothorax, comitialité (2), panique avec hospitalisation, suspicion d'appendicite (2), arrête de poisson impossible à extraire, malaise (3), avec crainte de trouble du rythme cardiaque (1), suspicion de torsion du testicule...

Les 14 traumatismes évacués pendant l'OP :

3 lésions cutanées et 11 atteintes de l'appareil locomoteur

3 des atteintes orthopédiques sont dues à des chûtes.

Prise en charge pour l'évacuation :

Pour 12 évacuations, le moyen de transport n'est pas connu

Sur les 16 moyens identifiés : aucun SAMU

13 destinations précisées : 12 se rendent dans une structure hospitalière

**AU TOTAL, sur les situations jugées graves** au cours des 42 salons,

41 situations ont été jugées graves par les soignants, près d'1 par salon

Visiteurs : 7U1, 14U2 soit 21 graves dont 20 évacuées

Les non visiteurs : 6 U1 et 14 U2 soit 20 graves dont 19 évacuées.

LES AUTRES CAS : 1586 patients

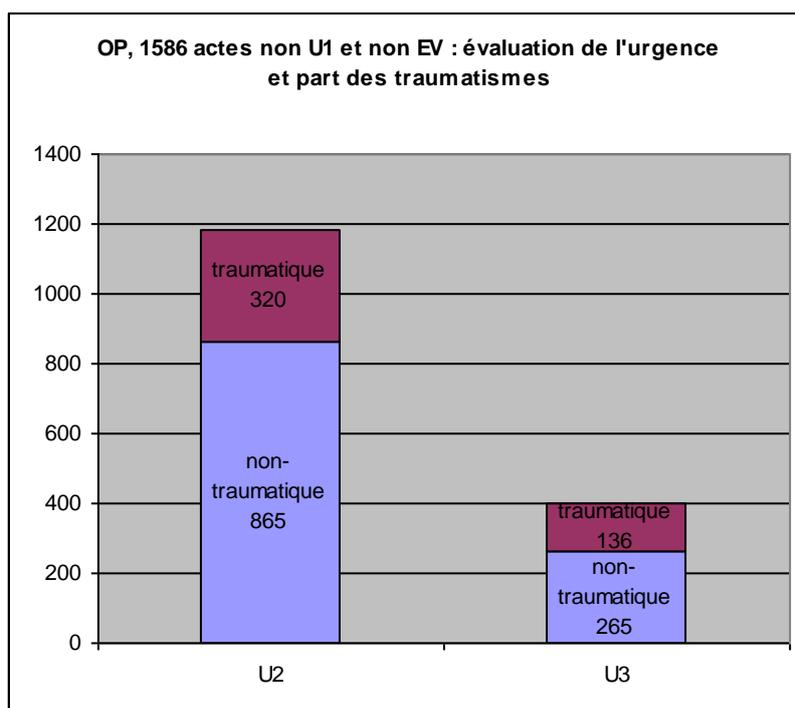
*paramètres communs a 2000-2001*

Notons que les trois quarts des actes nécessitent une prise en charge par un médecin :

U2 : 1185 soit 75%

U3 : 401 soit 25%

Plus du quart des actes sont des traumatismes, T : 456 soit 28,75%



Selon la population :

Toutes les populations présentent des traumatismes, mais tous ont surtout des pathologies non traumatiques.

Tous ont des pathologies mineures (U3 : 401) mais tous ont surtout des pathologies plus conséquentes nécessitant l'intervention d'un médecin (U2 : 1185).

**Les trois acteurs principaux ont tous surtout besoin d'un médecin (U2)**

Exposants 76%

Visiteurs 76%

Prestataires 71%

*Paramètres particuliers à 2001 :*

En 2001, 20 salons ont été médicalisés pendant l'OP, ce qui représente, hors cas graves, 707 patients pris en charge.

Retenons que pour chacun des acteurs, les trois principales pathologies sont :

Les lésions cutané-muqueuses

## ORL

### Les troubles fonctionnels

En détaillant les atteintes traumatiques, on retient que les lésions cutané-muqueuses sont majoritairement des plaies quasiment toutes à suturer, quelques ampoules et quelques traumatismes jugés bénins.

Les pathologies orthopédiques sont représentées par des contusions, entorses ou des fractures nécessitant un médecin.

Dans les atteintes non traumatiques,

Les troubles fonctionnel sont présentés par des malaises et souvent par des céphalées pouvant être pris en charge par des IDE.

Il y a peu de malaises, vagues ou fonctionnels

En conclusion sur les interventions pendant l'ouverture au public,

On constate que :

- les demandes sont peu nombreuses ( 1627 sur 42 salons et sur 173 jours d'OP) mais elles sont surtout très variables.
- La population qui consulte est surtout très représentée par les exposants et prestataires
- de l'accueil (71%), peu par les visiteurs (29%)
- Certains cas sont graves : 21/478 pour les visiteurs, et 20/1149 pour les populations

Restantes

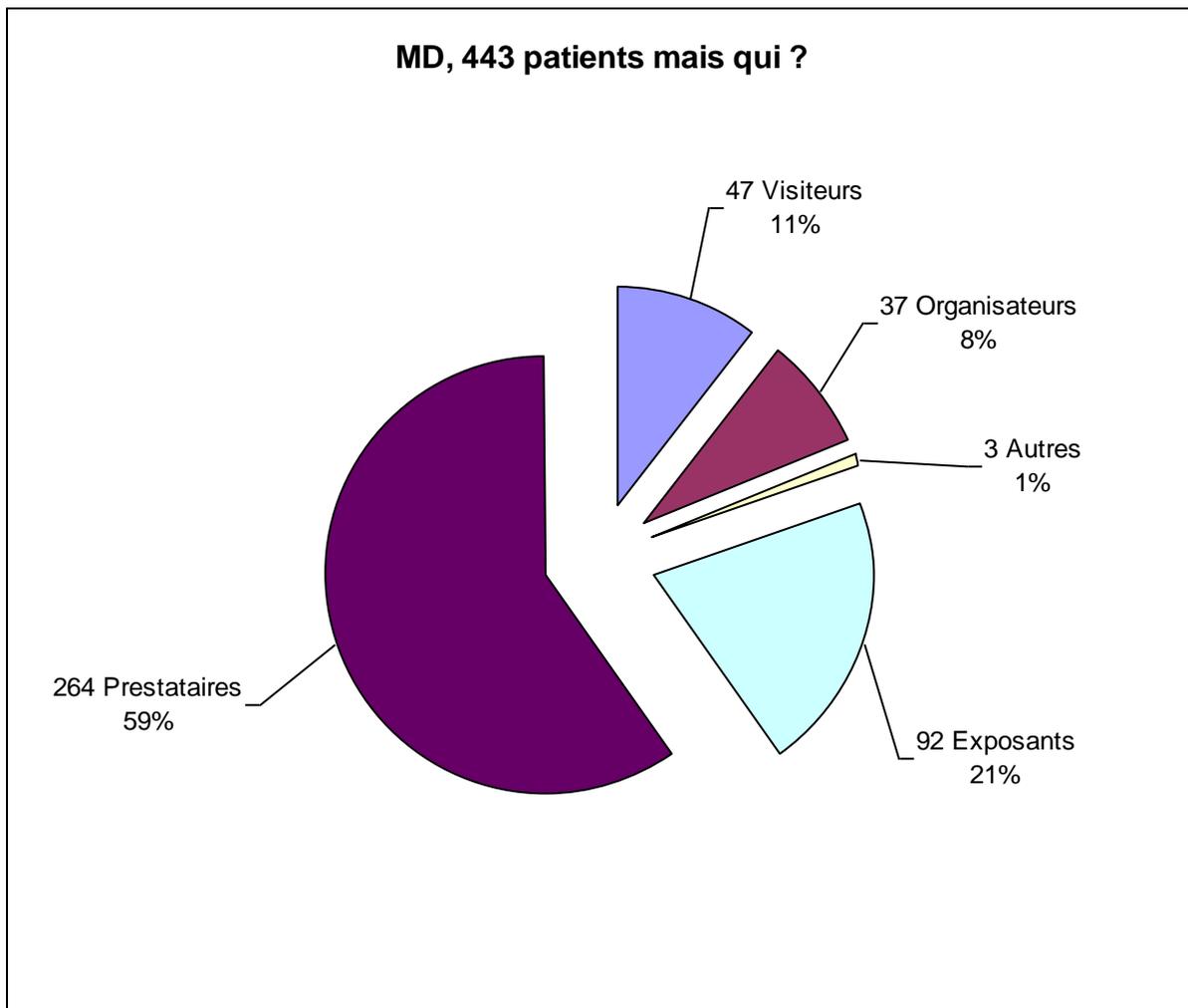
- Les soins prodigués nécessitent surtout un médecin (75%)
- Si les atteintes sont en général non traumatiques mais surtout des troubles fonctionnels ou des atteintes de l'appareil ORL, le premier appareil touché est le tissu cutané-muqueux, suite à un traumatisme.

### **5.1.2. Résultats activité médicale pendant le montage et démontage**

Rappelons que pendant la période de MD, la problématique n'est pas la même que pendant l'OP. Ici, le problème essentiel est celui de la santé et de la sécurité des travailleurs. Ce sont les prestataires qui installent les stands avant l'ouverture au public puis les démontent une fois le salon clos.

443 patients ont été reçus pendant le MD, analyse :

- 264 prestataires soit 59%
- 92 exposants soit 21%
- 47 visiteurs soit 11%
- 37 organisateurs soit 8%
- 3 autres soit 1%



Les PRESTATARES sont la population majoritairement prise en charge, détaillons cette population.

Leur répartition au Montage et démontage

Quelle est la répartition des prestataires pris en charge pendant les périodes de montage ou démontage sur les 34 salons médicalisés par MIP?

C'est pendant la période de MONTAGE que le nombre de prestataires pris en charge est le plus important :

- 231 prestataires pendant 51 jours de montage
- 33 prestataires pendant les 34 jours de démontage

Notons que par salons, le nombre de prises en charge varie entre une activité très faible de 4

patients par salon jusqu'à parfois 51 par salons.

En terme qualitatif,

Le MD est un temps de travail, où les pathologies particulièrement prises en charge sont d'ordre traumatique.

#### LES PATHOLOGIES GRAVES AVEC EVACUATION :

Sur les pathologies « graves » type U1, on note :

2 U1 toutes traumatiques avec :

- une fracture du pied, mis en place d'une attelle
- une chute d'un échafaudage de 6 mètres, perfusion, conditionnement

deux patients évacués par BSPP vers l'hôpital le plus proche

5U2 évacuées dont 3 traumatiques :

- une lésion cutané- muqueuse profonde, évacuée par ses propres moyens à l'hôpital
- deux individus avec lésion orthopédique par écrasement (pied et doigt), les deux vont à l'hôpital via une ambulance
- une angine, retour au domicile par ses propres moyens
- une keratite herpétique, hôpital via ambulance

Sur ces 7 pathologies graves, 5 sont des traumatismes surtout orthopédiques.

Le SAMU n'est pas intervenu, la BSPP si.

#### LES PATHOLOGIES SANS EVACUATION :

La majorité des pathologies sont traumatiques, avec 139 atteintes, soit 54% des pathologies.

Avec surtout des pathologies ne nécessitant pas d'évacuation, 75%

#### DESCRIPTION DES ATTEINTES TRAUMATIQUES

En 2001, sur les 20 salons pris en charge pendant l'OP, avec 16 d'entre eux médicalisés pendant le MD.

Hors « cas graves », 47 prestataires sont venus consulter pour des traumatismes.

Il s'agit surtout de plaies conséquentes : 31 plaies toutes U2 qui ne sont pourtant pas évacuées.

Le reste des prises en charge concerne un TC sans PC, une luxation d'épaule, quelques entorses, contusions et ampoules.

Au total, pour les prestataires du MD,

256 prestataires ont consultés sur les 34 chantiers encadrés.

144 traumatismes :

5 graves, 112 U2, 27 U3, nécessitant un médecin la plupart du temps.

Les plaies sont en cause, mais aussi les chutes d'échaffaudage pour les cas les plus graves.

## **5.2 Un évènement sportif organisé à l'échelle mondiale, médicalisé par Medical International Presence (M.I.P.).**

En 2010, et comme depuis plusieurs années, tous les deux ans, est organisé un évènement sportif par une grande entreprise côté au CAC 40.

Cet évènement sportif, organisé en tournois de football a permis de rassembler en 2008 et en 2010 un millier de participants à chaque journée de jeu, sur un évènement organisé sur le plan national à Lille et sur le plan mondial à Miami en 2008 aux Etats-Unis.

En 2010, l'évènement a eu lieu sur le plan national à Clairefontaine, connu comme centre d'entraînement de l'équipe de France de football. L'étape mondiale aura lieu les 26 et 27 juin 2010 en Grèce.

## DETAILS DE L'ÉVÈNEMENT :

Il s'agit d'un évènement sportif, comptant un grand nombre de participants de l'ordre du millier, sur une journée, pour un sport de contact à risque.

En 2010, à Clairefontaine, 1200 participants, tournois constitué d'équipes masculines, féminines (nouveau 2010) et mixtes, comptant 5 participants par équipe, pour des matchs d'une durée de 15 minutes.

On dénombrait :

87 équipes masculines, jouant sur 174 matchs

28 équipes féminines, jouant sur 56 matchs

21 équipes mixtes

Chacun des matchs ayant lieu sur un demi terrain de football, type pelouse, avec infirmerie située à proximité, sous tente de 20 mètres carrés.

Dans l'infirmerie : on disposait de deux médecins, deux kinésithérapeutes, une ambulance d'astreinte, une voiture de golf et neuf secouristes.

Sur le plan du matériel : tout le matériel de traumatologie utile : des matelas coquilles, des attelles, des minerves, des bandes d'Elastoplaste, des paires de béquille, des attelles de type Aircast, un défibrillateur, de l'Oxygène, un sac complet de médicaments de base per os et intra veineux.

Une planification des moyens de secours disponibles localement, avec les hôpitaux de secteur prévenus en cas de grande affluence.

En 2008, sur un millier de participants sur l'étape nationale, à Lille, l'équipe comprenait trois médecins, deux kinésithérapeutes, une infirmière, neuf secouristes, une ambulance d'astreinte.

Sur l'évènement international, à Miami la même année, deux médecins (dont un avec le diplôme Américain), un kinésithérapeute, une infirmière, huit secouristes type Paramedics.

## RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE :

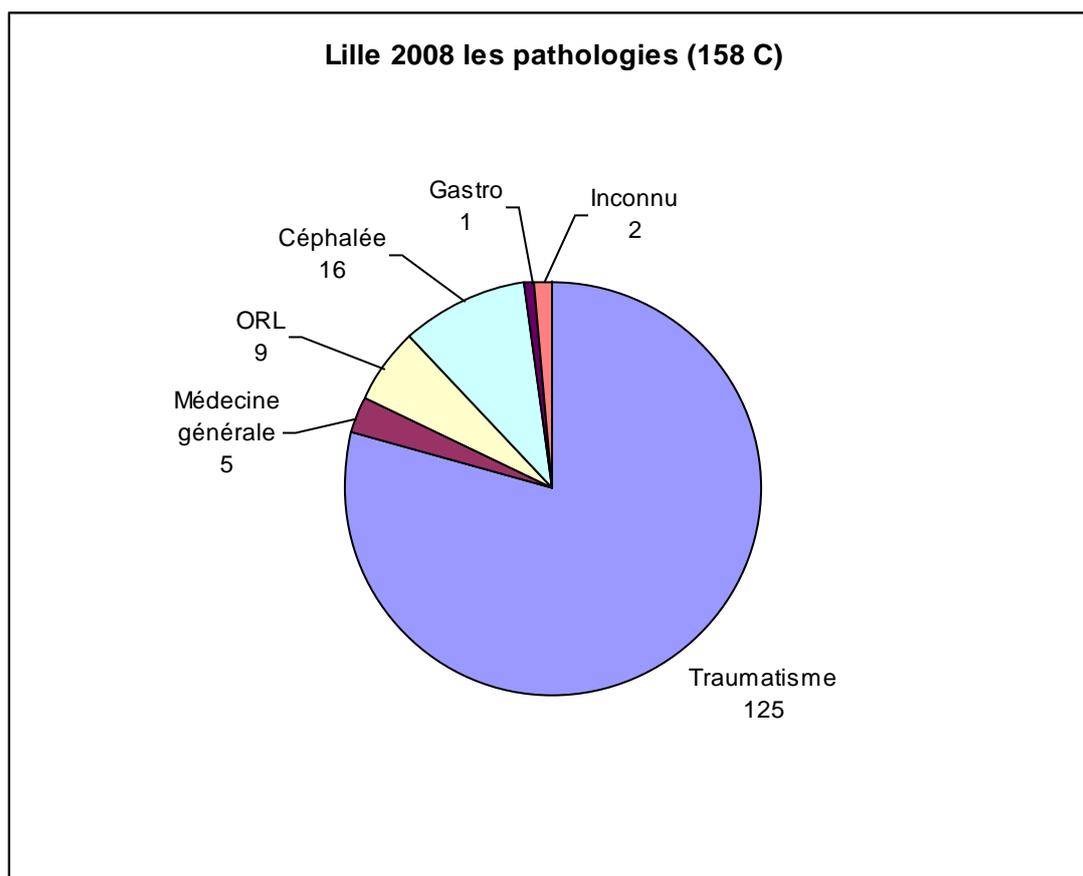
Au total sur ces trois évènements : on a dénombré :

Sur le bilan 2008 à Lille : 158 blessés

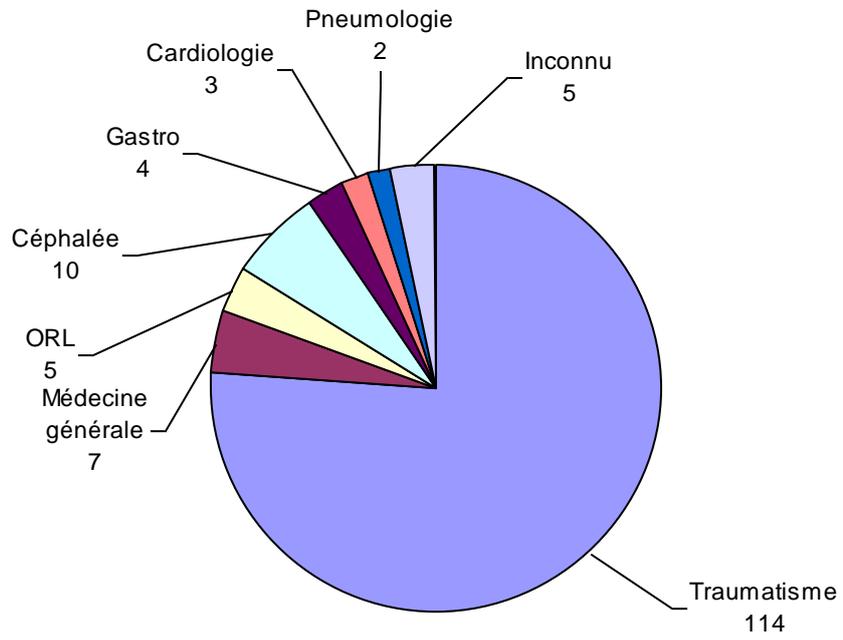
Sur le bilan 2008 à Miami : 150 blessés

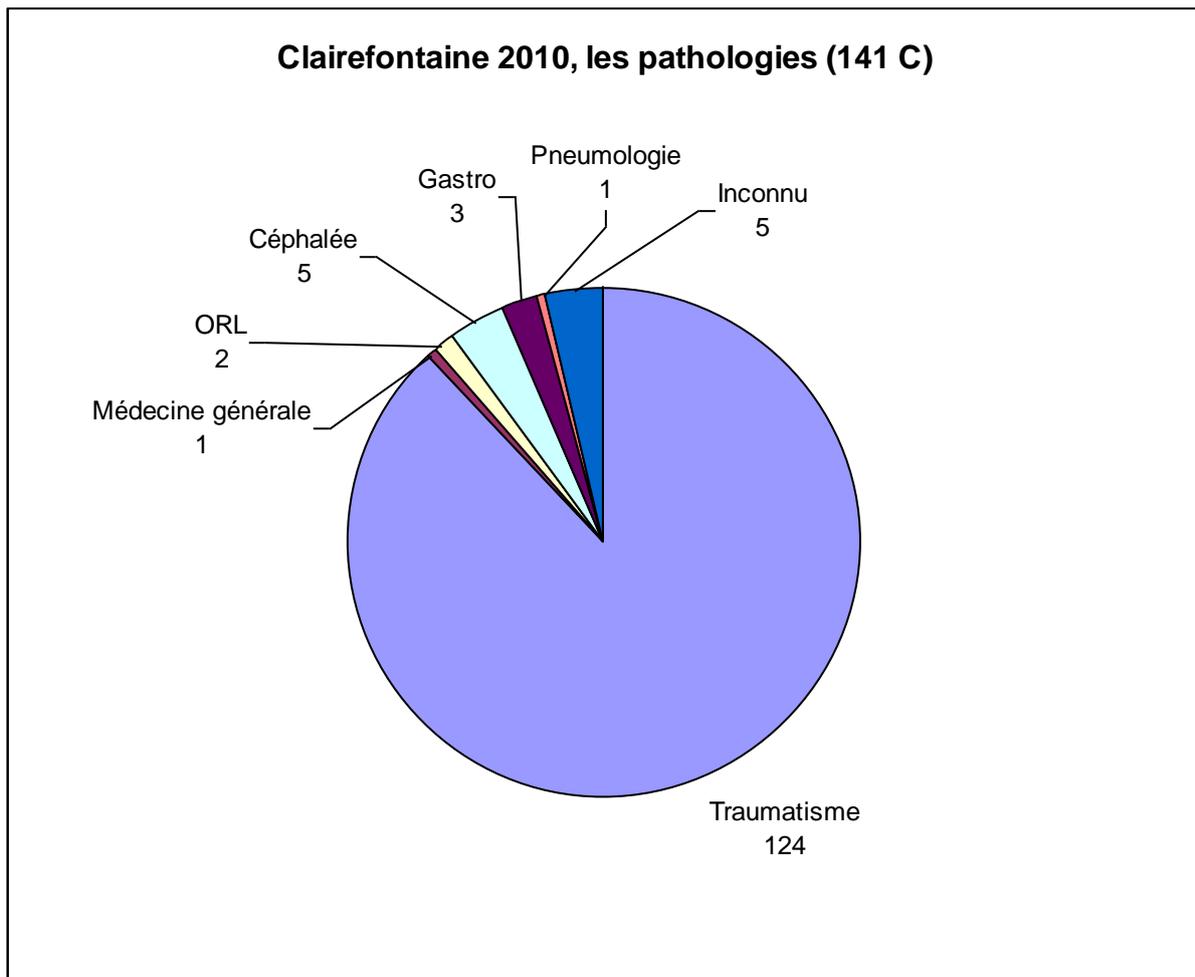
Sur le bilan 2010 à Clairefontaine : 141 blessés

Détail des pathologies survenues, sur chaque site :



**Miami 2008, les pathologies (150 C)**





On constate une majorité de pathologie d'ordre traumatologique, en rapport avec le sport Praticué, de type entorses, fractures, contusions, hématomes, contractures ou simple douleur suite à un choc.

Et des céphalées explicables soit par la chaleur ou le voyage en avion, et des pathologies ORL en raison de l'émergence des pollens ou des faibles températures provoquant des rhinites.

Nous détaillerons dans l'analyse la raison de ces consultations.

### **5.3 Bilan des interventions des médecins de théâtre, Paris de 2007 à 2009**

A Paris, dans les salles de spectacles, théâtre, concert, comme il y a rassemblement d'un public à un évènement donné et pour une période donnée, on peut aussi parler de manifestation liée au spectacle et au divertissement.

#### **LA POPULATION**

La population des spectateurs, est bien évidemment très variable sur le plan QUANTITATIF car en rapport avec la capacité de la salle.

On peut noter une certaine homogénéité sur le plan QUALITATIF car il s'agit d'une population correspondant et se rendant à un évènement bien particulier.

Par exemple, la population participant aux concerts du théâtre du Châtelet ne sera pas la même que celle de l'Elysée Montmartre avec ses programmes musicaux de Rock particuliers.

#### **LA LOCALISATION**

A Paris, comme tout autre grande ville, le périmètre où se situe le plus proche hôpital est peu éloigné et permet une prise en charge rapide, par les moyens d'intervention rapide que nous connaissons (SMUR, pompiers, association de secouristes).

Néanmoins, sur place, il n'en reste pas que plus le premier secours est présent rapidement et les premiers gestes d'urgence réalisées vite, plus le risque de survie est élevé.

Une étude réalisée sur les premières fiches d'intervention de l'association, en 2007, rapportait que sur 233 interventions réalisées sur 10 mois, 187 patients restaient sur place après intervention du médecin pour continuer le spectacle, contre 32 qui retournaient au domicile, 14 étaient transférés aux urgences, 7 pris en charge par les pompiers et 3 par le SAMU.

## JURIDICTION

De manière juridique, jusqu'en 2007, la présence d'un service médical était obligatoire à partir de 600 personnes. Ce décret ayant été aboli, il n'y a donc plus d'obligation de présence médicale sur place.

Néanmoins, on observe la présence de médecins sur place, dans 64 salles de spectacle de Paris au cours de l'année 2009. 87 salles couvertes en 2010 avec certaines ayant une couverture épisodique comme Zingaro ou le parc floral de Paris.

Comment s'est mise en place cette présence médicale ?

### « A.M.C.T.P.R.P »

L'Association des Médecins Chefs des Théâtres de Paris et de la Région Parisienne a été fondée il y a environ une cinquantaine d'années, passant par différentes constitutions, organisations et dénominations.

Constituée d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier et de 596 médecins bénévoles pour l'année 2010.

Il s'agit d'une association donc sans but lucratif (loi 1901), donc sans rétribution monétaire.

La présence d'un médecin dans la salle est bénévole; et se veut contre l'échange de deux tickets de spectacles pour le médecin et l'invité de son choix contre les services de celui là si besoin pendant le spectacle.

Le médecin pouvant être appelé à tout moment, et pour n'importe quelle personne présente dans l'enceinte de l'établissement : public, acteur, personnel du théâtre ou tout autre travailleur.

Rappelons que c'est l'ordonnance préfectorale du 1<sup>er</sup> janvier 1927 (annexe), concernant les théâtres, music-halls, concerts, bals, cinémas et autres spectacles et divertissements publics qui régissait le service médical dans les théâtres.

L'article 215 obligeait la présence d'un médecin dans la salle à partir de 800 personnes.

En 1989, l'obligation de cette présence descendait au nombre de 600.

Le 7 novembre 2007 il y a eu abrogation du décret du 1<sup>er</sup> janvier 2007 par la préfecture de police, n'obligeant plus les théâtres à se munir d'un médecin dans la salle pendant la représentation.

Depuis l'abolition de ce décret, et pour continuer leur activité, les médecins responsables de l'association se sont rendus dans chacune des salles, et ont négocié la continuité de ce service avec chaque patron de salle, en justifiant de leur activité médicale, chiffres et statistiques à l'appui, sur leur activité des années antérieures afin que cette médicalisation des théâtres puisse continuer pour le bien être de tous les participants des spectacles à Paris.

### EN PRATIQUE

Il faut bien réaliser qu'à Paris, pour une population en déplacement, dans un site d'évènement, on regroupe un différents types de populations comme sur les salons.

Les pathologies observées seront de type médecine générale ou urgence.

Alors les bénéfices d'un médecin sur place serait une présence rapide, non coûteuse, et efficace face à une pathologie quelconque.

En rappelant que les autres moyens disponibles seraient :

- les pompiers ou les associations de secouristes disponibles en quelques minutes en moyenne
- un véhicule de SMUR avec un délai en minutes également
- un médecin de SOS médecin ou UMP avec un délai sur place chiffrable en heures

Ces réponses auraient des désavantages :

En temps horaire pour le médecin qui se déplacerait pour un spectacle qui dure environ deux heures, et qui ne pourrait pas assurer une prise en charge médicale urgente.

Pour les moyens rapides, le déplacement d'un véhicule et son équipe de la BSPP ou du SMUR pour bien souvent un problème médical qui ne relève pas d'une telle prise en charge. On se retrouverait alors dans deux cas extrême de latence trop grande ou d'une surmédicalisation.

Le médecin sur place peut alors faire office de juste milieu.

### LE MEDECIN SUR PLACE

Inscrit à l'ordre, ou avec sa licence de remplacement, médecin généraliste ou de n'importe quelle spécialité, il vient avec sa propre trousse d'urgence avec ce qu'il estime être nécessaire.

### LES ETUDES

Reprenons les rapports annuels 2007, 2008, 2009 de l'A.M.C.T.P.R.P, rédigés par le professeur Pierre Bonfils, HEGP, Paris.

#### **- Nombre d'interventions :**

En 2007 ont été dénombrées 596 interventions, en augmentation de 18,7% par rapport à 2006, et de 38,6% par rapport à 2005. Dans 77 théâtres parisiens, 13% de plus que l'année précédente. Noter que 80% des théâtres ont sollicités le médecin de garde entre 1 et 10 fois dans l'année.

En 2009, chiffres stables par rapport à 2008, ont été dénombrées 551 interventions.

64 théâtres ont bénéficiés de l'intervention d'un médecin durant l'année 2009. Ce chiffre est stable depuis trois ans.

Près de 81% des théâtres ont sollicités le médecin de garde de 1 à 10 fois dans l'année 2009.

Annexe : nombre d'interventions médicales par théâtre en 2007 et en 2009

- **types de patient pris en charge lors des interventions médicales :**

Sur les 596 interventions médicales réalisées durant l'année 2007 :

104 ont été effectués auprès d'acteurs (17,4% des interventions), chiffre en augmentation de 57,5% en un an (66 interventions médicales en 2006), permettant souvent d'assurer la

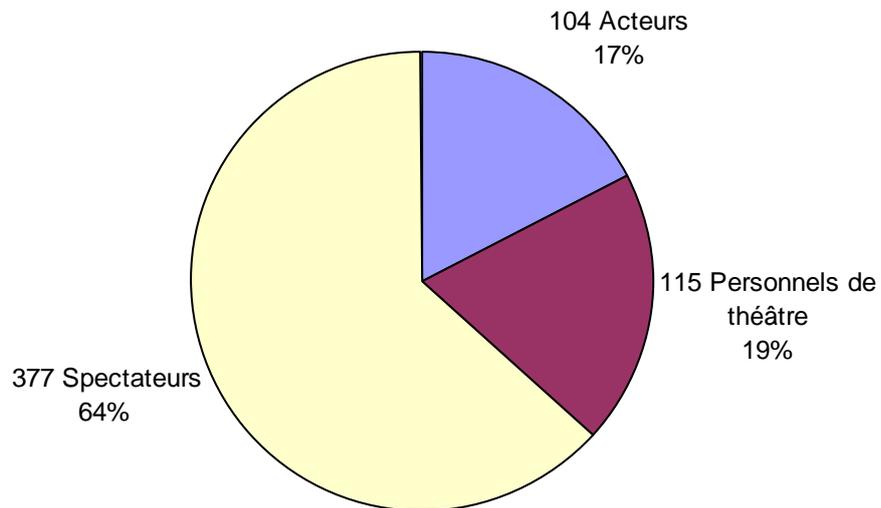
continuité du spectacle,

. 115 ont été effectuées auprès du personnel des théâtres (19,2% des interventions), chiffre en augmentation de 40,2% en un an (82 interventions médicales en 2006)

. 377 ont été effectuées auprès des spectateurs (63,2% des interventions), chiffre en augmentation de 6,1% en un an (354 interventions médicales en 2006)

Ainsi, la plus forte augmentation en pourcentage des interventions médicales en 2007 a touché les acteurs et les personnels de théâtres.

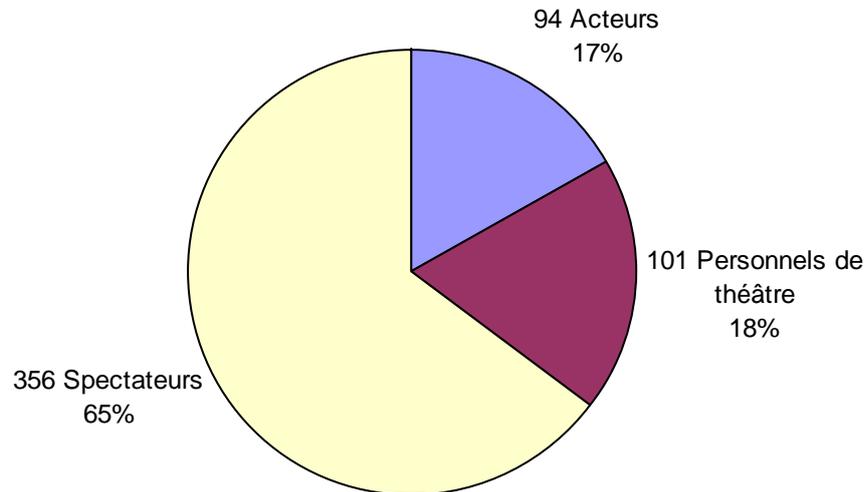
### Types de patients pris en charge en 2007 lors des 596 interventions médicales



Sur les 551 interventions médicales réalisées durant l'année 2009 :

- . 94 ont été effectuées auprès d'acteurs (17% des interventions), chiffre stable par rapport aux années précédentes (entre 17 et 18% chaque année), permettant souvent d'assurer la continuité du spectacle,
- . 101 ont été effectuées auprès du personnel des théâtres (18,3% des interventions), chiffre stable par rapport aux années précédentes (entre 18 et 19% chaque année),
- . 356 ont été effectuées auprès des spectateurs (64,6% des interventions), chiffre stable par rapport aux années précédentes (entre 64 et 67% chaque année).

### Types de patients pris en charge en 2009 lors des 551 interventions médicales



#### - Suites médicales lors des interventions

Sur les 596 interventions réalisées durant l'année 2007, la majorité des soins ont été réalisés sur place, sans aucun transfert, sans l'appel des services d'urgence, permettant à la personne soignée de continuer à voir ou participer au spectacle.

Ces soins effectués sans aide extérieure et sans transfert médical ont bénéficié à 531 patients soit 89% des interventions réalisées (contre 86,5% en 2006). Seulement 65 patients (10,9% des patients pris en charge) ont été transférés vers des hôpitaux de secteur devant l'apparition de signes cliniques faisant craindre la nécessité d'une hospitalisation.

En 2009, sur les 551 interventions réalisées, 487 patients ont bénéficiés de soins sur place (88,4%) contre 64 patients transférés (11,6% des patients pris en charge).

Il n'existe pas de différence significative dans ces pourcentages entre les saisons 2006, 2007 et 2009.

Annexe : suites médicales après intervention en 2006, 2007, 2009.

- **principales pathologies prises en charge durant les gardes médicales.**

Les principales pathologies prises en charge dans le cadre des interventions médicales des médecins de théâtre de Paris sont des interventions de médecine de proximité. Ces interventions ont été classées en 5 grandes catégories (n=551 interventions en 2009) :

. les malaises : 207 interventions, soit 37,6% des interventions (43,1% en 2007)

. la traumatologie : 123 interventions, soit 22,3% (21,8% en 2007)

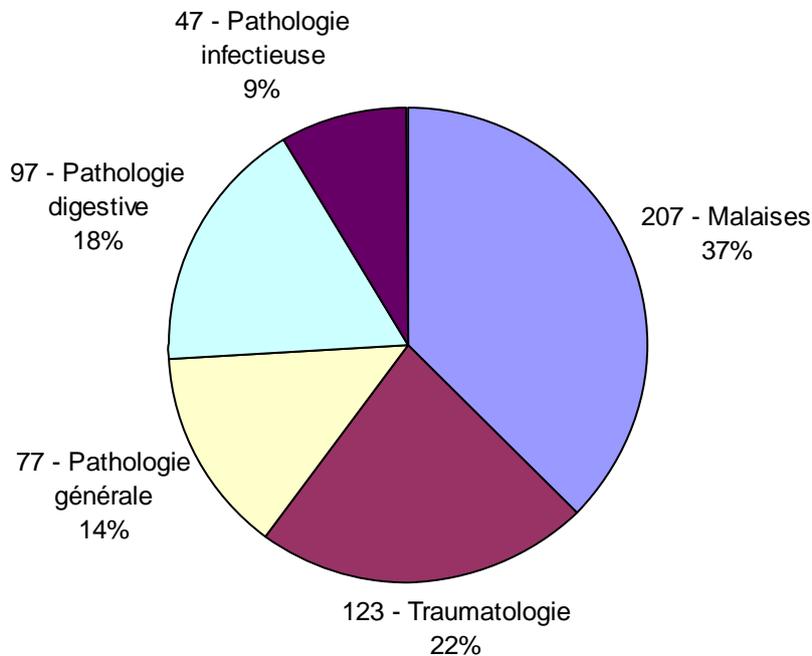
. la pathologie générale : 77 interventions, soit 14% (14,7% en 2007)

. la pathologie digestive : 97 interventions, soit 17,6% (12,7% en 2007)

. la pathologie infectieuse : 47 interventions, soit 8,5% (7,5% en 2007)

Le profil des interventions est stable sur les quatre dernières années.

### Principales pathologies prises en charge sur les 551 interventions en 2009 durant les gardes médicales



#### DETAIL DES INTERVENTIONS :

- interventions pour malaises :

Parmi les malaises (207 interventions), on a dénombré divers types de pathologies dominés par le malaise vagal : 58,4% des malaises, puis par ordre de fréquence, il a été répertorié :

Malaise d'origine cardiaque certaine : 23 interventions, 3 en 2007

Malaise d'origine psychologique : 21 interventions

Malaise après ingestion d'alcool ou de stupéfiants : 10 interventions

Crise de tétanie : 10 interventions

Malaises hypoglycémiques : 8 interventions

Crises d'épilepsie : 3 interventions

Accident vasculaire cérébral : 3 interventions avec coma

Malaises lié à une poussée hypertensive : 2 interventions

Parmi ces 207 malaises, 26 ont été jugés « sévères » par les médecins du fait d'une perte de connaissance prolongée ou d'un coma (12,6% des malaises). Ils ont imposé un transfert en milieu hospitalier ; la présence du médecin dans le théâtre a permis de maintenir en vie le patient en attendant le SAMU.

Parmi ces interventions pour malaise, 181 ont été traités sur place (87,4% contre 87,1% en 2007) et le patient a pu rester au théâtre afin de suivre la représentation.

Ces interventions pour malaise ont touché les acteurs (5,8% des patients), le personnel du théâtre (6,3% des patients) mais c'est essentiellement le public qui a bénéficié de la prise en charge médicale (182 interventions, soit 88% des patients).

- interventions pour traumatisme

La pathologie traumatique est en nette augmentation entre 2006 et 2009 (123 interventions en 2009 versus 101 interventions en 2006, +22% ). Parmi les traumatismes pris en charge lors des interventions médicales dans les théâtres de Paris (123 interventions), on note 22 entorses de la cheville, 10 chutes sans gravité, 4 fractures après des chutes, 3 luxations (épaule, coude, doigt) et de nombreuses plaies de siège varié (23 patients, forte augmentation depuis 2006) imposant soit la pose de points de suture, soit la pose de stérilestrips. En outre, diverses interventions de traumatologie variée ont été rapportées : traumatisme du bras, de l'épaule, du genou, de la hanche, de la jambe, de la main, du pied.

Ces divers problèmes traumatiques ont touché :

Les acteurs ( 37 patients en 2009 versus 19 patients en 2006, 30% des cas de traumatologie en 2009 contre 19% en 2006)

Le personnel des théâtres (28 patients en 2009 soit 22% des problèmes traumatologiques

contre 21% en 2006)

Le public (58 patients en 2009 versus 61 patients en 2006, 48% des problèmes traumatologiques).

Ces interventions ont conduit à un traitement sur place dans 99 cas (73 cas en 2006), 80,5% des interventions pour traumatisme en 2009 versus 72% des interventions pour traumatisme en 2006, et à un transfert vers un centre hospitalier (le plus souvent pour réduction d'une fracture) dans 24 cas (19,5% des interventions pour traumatisme contre 28% en 2006).

Malgré l'augmentation importante du nombre de cas de traumatologie, on n'observe pas d'augmentation des cas de transfert hospitalier. L'essentiel des soins est réalisé sur place.

Annexe : pourcentage de type de prise en charge selon type de pathologie

- interventions pour des problèmes infectieux

Parmi les problèmes infectieux pris en charge lors des interventions médicales dans les théâtres de Paris (47 interventions), on note plusieurs types de pathologies. La grippe domine avec 10 patients (21,3% des patients). Les infections ORL (otite, rhino-pharyngite, pharyngite, sinusite, laryngite) représentent 21 cas (44,6% des cas d'infection contre 26,4% en 2006). Les autres infections sont très variées (des infections pulmonaires, des cystites, des infections dentaires, des infections oculaires).

Ces problèmes infectieux ont été traités sur place dans tous les cas excepté un cas de grippe sévère (98% des cas). Ils ont touché avant tout le personnel du théâtre (47% de ces interventions), les acteurs (32% de ces interventions) et le public (21% de ces interventions).

- interventions pour des problèmes digestifs

Les problèmes digestifs représentaient 97 interventions (contre 25 interventions en 2006), soit 17,6% des interventions en 2009 (versus 5% des interventions en 2006).

Il s'agissait essentiellement de gastro-entérite (24 cas), de douleurs abdominales (36 cas), de

vomissements (27 cas), de diarrhée (4 cas) et d'intoxication alimentaire (1 cas).

Huit patients ont été transférés en milieu hospitalier : une urgence abdominale aigue, un patient ayant une intoxication alimentaire sévère, 6 patients ayant des douleurs abdominales importantes ne cédant pas malgré un traitement adapté. Ces interventions de nature digestive ont affecté essentiellement le public (72 cas, 74% des interventions digestives contre 77% en 2006), puis les acteurs et le personnel.

Voir même annexe.

- autres interventions

Les autres interventions dans les théâtres de Paris ont de natures très variées (14% des interventions), retenons essentiellement :

Des crises d'asthme : 6 cas

Des céphalées ou migraines : 12 cas

Des épistaxis : 3 cas

Une hémorragie génitale : 1 cas

Une ingestion de caustique : 1 cas

Des corps étrangers oculaires : 2 cas

Une surdité brusque : 1 cas

Des vertiges intenses : 5 cas

Mais aussi des problèmes gynécologiques, des pansements, des prescriptions médicales pour le personnel du théâtre, ...

Ces interventions variées ont touché essentiellement le personnel des théâtres (27 cas, 35% des interventions de pathologie générale) et le public (33 cas, 42,8% de ces interventions), moins les acteurs (17 cas). Seuls 4 patients ont été transférés dans un service hospitalier (5,2% de ce type d'urgence) pour hémorragie gynécologique, fausse route alimentaire, céphalées intenses, corps étranger oculaire.

## CONCLUSIONS DES ETUDES :

Le relevé annuel des interventions médicales dans les théâtres de Paris en 2009 permet de constater que l'essentiel des interventions est lié à des soins de médecine de proximité, n'imposant pas le recours à des services d'urgence spécialisés. Le taux de transfert en milieu hospitalier est limité à moins de 12%, de 10,9% en 2007.

Plus d'un tiers des interventions sont effectués auprès des acteurs et personnels des théâtres (36% des interventions). Les soins donnés aux acteurs ont souvent été essentiels à la poursuite du spectacle. Le personnel des théâtres bénéficie également des interventions des médecins de l'association, limitant ainsi des arrêts de travail. Enfin, la plupart des soins donnés aux spectateurs ont permis à ceux-ci de rester dans le théâtre après les soins et de bénéficier des représentations théâtrales ou musicales. Un nombre croissant chaque année d'interventions vitales a été noté. La présence du médecin de théâtre dans la salle a permis de sauver plusieurs patients en pratiquant des gestes de survie en attendant des soins de réanimation effectués lors de l'arrivée du SAMU.

### **Partie III : ANALYSE ET DISCUSSION**

## **6- Critiques et remarques**

### **6.1 A propos des études rétrospectives**

A propos de la méthode :

#### Il s'agit d'une étude rétrospective

- Les paramètres disponibles étaient ceux de tout dossier médical traditionnel, sans paramètres préétablis pouvant obéir à une logique de recherche d'objectifs.

- Certains paramètres sont peu exploitables (motifs, diagnostics, traitement, classifications des pathologies), voire absents (moment, part du traumatisme, classification par appareil, caractéristiques du salon).

Des paramètres ont été créés à posteriori :

Classification par appareil, part du traumatisme, caractéristiques du salon

Risque d'erreurs de saisie et biais ?

Le travail de recueil de données a demandé une saisie attentive, réalisée sur 2070 dossiers médicaux, des erreurs sont envisageables malgré tous les contrôles et précautions pris.

#### A propos des résultats, contestations :

Lorsque les dossiers médicaux étaient remplis, les soignants ne savaient pas que les données seraient un jour exploitables, ainsi, n'ont-ils pas cherché à être particulièrement précis, attentifs ou explicatifs.

En pratique, à posteriori, nous pourrions remettre en cause « l'évaluation des degrés d'urgence », certaines urgences de niveau 1 pourraient être évaluées 2. Il est possible aussi que des U2 soient des U3 et inversement.

#### A propos de la littérature :

Les auteurs se sont intéressés aux moyens de secours des manifestations quand de grands

rassemblements se sont développés dans les années 70 :

- d'abord les « manifestations sociales culturelles ou politiques » représentées par celles des mouvements hippies de l'époque (33)
- par la suite les manifestations « sportives »

En 1990, les articles étaient encore peu nombreux (33), mais avec le développement de la médecine d'urgence les recherches se sont approfondies :

- en ce qui concerne les « manifestations sociales culturelles ou politiques » :

Les concerts (6,14,22,33), les conventions politiques (4,6,33), les manifestations religieuses (5,6,33), les rassemblements dans les rues (6) telle la braderie de Lille (17), les rassemblements sociaux de longue durée comme ceux des tziganes (6).

- en ce qui concerne les « manifestations sportives » :

Le football (5,6,14), les voitures (5,6), le vélo (5,6), la course à pied (5)

- en ce qui concerne les « manifestations commerciales » :

Aucune étude sur les dispositifs de secours de telles manifestations n'a été retrouvée : une seule publication a été identifiée (13). Elle concerne l'analyse épidémiologique d'une épidémie de légionellose (43 cas) lors d'un salon en Belgique en 2000 où 5 patients sont décédés.

Cette carence serait elle due à la privatisation des structures ?

#### Privatisation des structures :

A l'étranger, le marché représenté par la filière foire et salon est plus important qu'en France et entièrement privée :

- les événements sont médicalisés non pas par des structures publiques mais par des organisations privées.

- en France, structures publiques et privées :

L'état cesse de plus en plus d'assurer la sécurité des manifestations au profit de structures

privées (14). Par exemple pour assurer la santé de certaines rencontres sportives.

Pour les dispositifs de secours, les organisateurs peuvent utiliser les structures publiques (secourisme, SAMU).

Entre les deux extrêmes que constituent le secourisme (peu de médecins, mais des moyens techniques) et le SAMU (moyens humains et techniques majeurs), les seuls dispositifs de secours médicalisés (dont la société MIP est un exemple) sont privées.

Le SAMU ne médicalise le salon qu'à la demande de l'organisateur qui n'y est pas tenu par la loi, tant que le préfet ne statue pas sur son éventuel caractère « grands rassemblements ». Les préfets estimant souvent que la circulaire de 1998 exclut les ERP, le SAMU participe peu voire pas du tout aux manifestations commerciales.

Aussi, l'expérience médicale est celle des structures privées et leurs données sont peu diffusées.

#### Une foule, une médicalisation :

Une foule est définie dans la littérature à partir de 1000 individus, réunis au même endroit au même moment et ce pour une durée de temps déterminée (2,23,37).

Certains ne l'envisagent qu'à partir de 5000 (5).

Une médicalisation c'est :

Assurer les secours par du personnel médical et du matériel.

Toute équipe médicale comporte au moins :

Un médecin et un infirmier ou un secouriste.

#### Effectif requis pour une médicalisation

Tout dépend de l'effectif et de la politique des organisateurs

- tous les acteurs s'accordent à dire que pour décider d'une médicalisation et l'organiser, il faut tenir compte de l'effectif attendu du public. Mais ils ne se mettent pas d'accord sur le nombre d'équipes à mettre en place.

- Tout dépend de leur politique :

Optimiste : en général tout se passe bien

Pessimiste : le pire peut arriver

A l'étranger, les auteurs sont optimistes ( 3, 23, 42), alors qu'en France, la politique générale est pessimiste, avec un effectif NON défini.

Selon les auteurs français, une équipe médicale doit être présente à partir de 5000 personnes (5,6,33), même si on reconnaît, ces chiffres sont trop faibles et entraînent une surmédicalisation (6).

Remarque :

La « surmédicalisation » des recommandations françaises est liée au passé, « le pire peut arriver, nous en avons fait l'expérience ».

En France, en Corse précisément, la catastrophe du stade Furiani le 5 mai 1992 où une tribune s'était effondrée était restée dans les esprits, faisant de nombreuses victimes.

Pourtant, le dispositif était important pour les 18 000 supporters :

- en matériel, un poste médical avancé avec deux lits de réanimation, un lit médicalisé, le tout sous une tente
- en personnel, 4 équipes médicales réparties dans des postes de secours aux quatre points cardinaux. Chacune comportait 1 médecin, 2 infirmiers soit une équipe pour 4500 personnes.
- Les auteurs reconnaissent qu'ils ont été débordés.

#### Sur un évènement sportif :

Le recueil des données a été fait de manière précise lors de l'évènement, sur une courte période dans le temps. Chaque rencontre ayant lieu sur une journée chacune, au total 3 journées réparties sur deux années différentes.

Parfois il n'y a pas pu avoir un recueil précis en raison de la grande fréquentation à

l'infirmier, ou le soin devient prioritaire par rapport à l'administratif.

L'évènement sportif, favorise la pathologie traumatique, avec comme avec un esprit de compétition puisque inter-entreprise et non pas forcément d'un esprit fair-play.

Des consignes, ayant été données de manières régulières et à plusieurs reprises concernant l'échauffement, et le caractère de loisir de ce genre de rencontre.

La mixité du sport, pourrait adoucir le jeu, déjà au début un sport de contact, favorisant les accidents par traumatisme direct. On peut se poser la question de la limitation des traumatismes quand une fille est présente dans l'équipe ?

La médicalisation, ici évaluée et prise en charge par une entreprise privée aura permis de gérer l'affluence des blessés, sans débordement.

#### CONCLUSIONS SUR LES RESULTATS :

On dénombre donc de nombreux blessés de type traumatologique, pour le plus souvent, car en rapport avec le sport pratiqué, mais aussi d'autres pathologies sans rapport avec la manifestation organisée.

La pathologie traumatique est bien évidemment prioritaire dans une manifestation rassemblant un public pour un sport.

Du sport et du mode de jeu pratiqué, on remarque que :

- un demi terrain est une petite surface donc demande un travail en intensité et dynamisme important, comparable au foot en salle. Avec une fatigue qui se fait peu ressentir.
- La durée du jeu est courte, 15 minutes, ce qui implique une capacité des efforts portés vers la tendance maximale.
- Un jeu inter-entreprise ce qui ne déroge jamais à la règle de la compétition inter groupes.

- Puisqu'on parle d'entreprise, on parle aussi d'un personnel le plus souvent sédentaire, donc qui n'a pas l'entraînement adapté pour ce genre de compétitions.

Sur la compétition internationale, donc après la sélection nationale,

On notera comme facteurs prédictifs d'accidents en rapport avec l'activité :

- un transport par avion, le plus souvent de plusieurs heures avec décalage horaire et
- nouveau rythme local, ainsi qu'une fatigue en rapport avec le voyage
- Une nouvelle nutrition en rapport avec le pays d'accueil
- Un choc de la culture, de l'adaptation à un nouvel environnement
- D'où une augmentation des évènements médicaux sans rapport avec le sport mais à ces facteurs de changement d'environnement.

#### LES MODIFICATIONS APPORTÉES POUR LE NOUVEL ÉVÈNEMENT :

En 2006 à Marseille, sur le même évènement on avait comptabilisé sur les trois premières heures de jeu, trois ruptures de tendon d'Achille, ce qui présupait d'un manque évident d'échauffement.

Sur les évènements des années postérieures, des consignes médicales ont été mise en place par le directeur médical et suite à une discussion collégiale entre les équipes médicales et les organisateurs, diminuant les pathologies traumatiques « évitables » avec quelques consignes simples de sécurité, qui étaient alors rappelées très régulièrement aux participants :

- échauffement avant le jeu
- boire régulièrement pendant l'effort
- esprit « fair-play » pendant le jeu, avec l'adversaire
- avait aussi été ajoutée une interdiction d'utiliser les crampons métalliques qui

augmentait alors le dynamisme et la cinétique de jeu

Le feed-back du directeur médical sur l'évènement était clairement énoncé lors d'une interview en 2010 :

« Il y a eu une nette diminution des pathologies traumatiques évitables sur 2010 grâce aux consignes de sécurités nouvellement admises et appliquées. La journée de championnat étant lourde par ses horaires (tôt le matin jusque tard le soir), il aurait été judicieux d'effectuer un turn-over sur les médecins, pourtant déjà en nombre suffisants, mais fatigués par les multiples et incessantes consultations.

L'infirmier sous tente était sous chauffée, à un moment de l'année où la température ne permettait pas aux blessés de rester allongés sans chauffage à proximité pour les traumatismes importants et surtout après l'effort. Enfin, en dehors des modifications effectuées, celles déjà organisées ont permis de réduire les malades et faire qu'un maximum de participants joue ou continue à jouer dans de bonnes conditions. »

## **6.2 A propos de la médecine de théâtre à Paris**

L'association des médecins de théâtre existe depuis une cinquantaine d'années, Elle est représentée dans de nombreuses salles de spectacle et théâtre à Paris et Région Parisienne.

### **A propos des médecins :**

Les médecins pouvant exercer sont ceux ayant une licence de remplacement ou leur numéro d'ordre.

Ils ont généralistes ou de n'importe quelle spécialité médicale. Ce qui suppose que devant une urgence médicale de niveau 1, cela peut être un médecin spécialiste ophtalmologue qui peut médicaliser la séance.

Est-ce que cela paraît il logique ?

On considère qu'une moyenne de 11% des interventions par an abouti à une évacuation vers le milieu hospitalier.

Donc qu'il s'agit d'un cas d'urgence.

On peut alors penser que comme le médecin n'est pas proprement qualifié pour gérer l'urgence sur place, il l'évacue, augmentant alors le pourcentage des urgences transférées.

Rappelons que chaque intervention doit être notifiée sur internet par le médecin qui l'a prise en charge. Hors, ce travail n'est pas toujours effectué par manque de rigueur, et ne sachant pas forcément que des statistiques en seront répertoriées.

Alors ce pourcentage d'urgence, pourrait aussi apparaître démesuré par manque de notifications de tous les cas pris en charge.

Enfin, il faut savoir que chaque médecin vient avec son propre matériel, que ce soit le matériel à usage diagnostic ou thérapeutique.

On comprends bien alors, que sans élément pratique sur place, il vaudra mieux évacuer que prendre un risque.

#### Recommandations :

On pourrait alors recommander :

- de sélectionner les médecins ayant une expérience de généraliste et/ou d'urgentiste mais au risque de se retrouver en sous effectif médical, plusieurs séances resteraient alors sans couverture médicale.
- de faire une liste détaillée du matériel que devrait avoir obligatoirement chaque

médecin avec lui, et savoir l'utiliser, mais quel collègue ne serait pas contre l'investissement financier personnel ?

- enfin, une obligation de répertorier chaque cas pris en charge sur place, avec un investissement des médecins, sous forme de points par exemple pour la motivation, points déjà utilisé sur le type de spectacle pris en charge.

Enfin, il faut noter, que déjà sur le système préexistants, le travail effectué est efficace, permettant une couverture médicale fréquente, une efficacité de travail pour un moindre coût en investissement.

Les médecins engagés, le sont volontairement, et permettent une diminution de coût par une surmédicalisation par les premiers secours. Et permettent, sur place que l'évènement puisse continuer dans de bonnes conditions.

Il s'agit donc d'un système qui fonctionne bien, sur le plan pratique, logistique et thérapeutique, permettant par un moyen médical sur place et actif de permettre à l'évènement de se dérouler normalement et sans panique.

## **CONCLUSION**

La médecine générale n'est pas seulement sollicitée dans les cabinets et autres structures de prise en charge bien connues du public.

Elle s'étend aussi, de manière souvent inconnue, aux manifestations de réunions de public, souvent temporaires, organisées sur des sites privilégiés à cet effet.

Les manifestations ou évènements suivent un schéma de mise en place particulier contenant des procédures bien établies.

Elles ont lieu dans des parcs d'exposition, des stades ou autres sites prévus pour la manifestation et elles sont organisées par des entreprises spécialisées dans la mise en place d'évènements (organisateur de salons, agence événementielles).

Quand on parle de salons d'exposition, on parle aussi de périodes de mise en place dite de montage, puis celle de la fréquentation par le public, dite d'ouverture au public (OP), enfin de déconstruction dite de démontage.

A chaque population fréquentant ce lieu et sa période correspond des risques médicaux, qui toucheront les travailleurs pendant les périodes de chantier avec des risques traumatiques, et lors de la manifestation ouverte au public, toutes les populations présentes avec les risques généraux d'un groupement de masse, comprenant des consultations de médecine générale et d'urgences.

La médicalisation dans ces sites n'est pas codifiée par une législation stricte mais recommandée par le préfet et maintenant la mairie qui délivre l'autorisation d'ouverture à l'organisateur de l'évènement.

A l'organisateur de savoir s'il veut s'entourer d'une association de secouristes qui à un coût

déterminé élevé, ou bien s'il préfère l'approche d'une entreprise privée spécialisée dans la médicalisation d'évènements, ou parfois l'association des deux dispositifs.

Une fois mise en place, cette médicalisation doit répondre à un risque évalué qui dépendra du type de structure, de la population en qualité et quantité qui fréquentera cette manifestation avec son activité, des comportements évalués de la population visiteurs et des délais d'intervention des secours publics.

Basée sur ses propres statistiques et sur l'évaluation du risque de la manifestation, le but sera pour le médecin présent de permettre un déroulement dans les conditions optimales du salon.

Dans les salles de spectacles de Paris, l'obligation n'est plus de mise non plus de médicaliser l'évènement. Abolie depuis 2007 par un décret n'obligeant pas les directeurs des théâtres à s'équiper d'un médecin dans la salle, c'est une négociation entre l'association des médecins des théâtres de Paris directement avec les directeurs de salle qui a abouti à la mise en place d'une médicalisation « bénévole », permettant la présence d'un médecin par salle et par spectacle pouvant alors intervenir sur toutes les populations présentes lors de l'évènement (public, artiste, employés de la salle) pour permettre un bon déroulement du spectacle et traiter sur place si besoin la pathologie survenant à ce moment donné.

Cette présence, finalement non obligatoire, a bien prouvée, au vue des statistiques des trois dernières années que l'activité médicale est présente et évite un recrutement des secours publics non justifié, afin de continuer le bon déroulement du programme.

La médicalisation lors de grandes manifestations publiques avance progressivement au vu des statistiques et résultats.

Il n'en reste pas moins qu'elle devrait évoluer vers une obligation et pas une prestation de

service à la demande. Cette évolution de la législation française doit avoir pour objet la sécurisation par des mesures préventives, afin d'éviter, autant que cela puisse se faire, la possibilité de grandes catastrophes.

Les chiffres et statistiques prouvent actuellement, depuis une dizaine d'années que la médicalisation lors des rassemblements de public à un rôle préventif et actif et que celle-ci évoluera vers une obligation, de la même manière que certaines règles de sécurité bien établies, qui concerne par exemple les risques incendies ou de mouvements de foule dans ces mêmes structures.

L'évènementiel et la distraction du public sont en plein essor, que ce soit dans les domaines du spectacle où l'on prends toujours plus de risques, dans le domaine de l'exposition où l'on veut toujours plus impressionner dans des structures grandioses et techniquement à la pointe afin de toucher et vendre plus pour un public éventuellement acquéreur et investisseur.

Comme l'attrait du show, de l'extrême, du marketing est en voie ascendante, la médicalisation et la sécurité devraient aussi suivre pour une protection logique, en rapport avec la croissance des risques, dans une société qui vient de plus en plus sécuritaire.

Notre mission est aussi de proposer des axes de réflexions aux législateurs, et se confronter ainsi à l'esprit d'Hippocrate tel qu'il était écrit : « mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé de tous les éléments, physiques et mentaux, individuels et **SOCIAUX** ».

## **Annexe 1**

## **Annexe 2**

## **Annexe 3**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ARBON P, BRIDGEWATER FHG, SMITH C.

Mass gathering medicine : a predictive model for patient presentation and transport rates.

Prehosp. Disast. Med. 2001; 16(3):109-16

2. ARROYO JJ, FUSILLIER E.

Les congrès, conventions et salons

Paris, Conseil National du tourisme, 2000 ; 79p

3. BERNARD G, HEBERT C, GRASSET-MOREL P, LENZIANI E, SIMONETTI SD.

La catastrophe de Furiani. SAMU de Haute Corse.

Rev. SAMU 1992 ; 167-73

4. BINDER LS, WILLOUGHBY PJ, MATKAITIS L.

Development of a unique decentralized rapid-response capability and contingency mass-casualty field hospital for the 1996 Democratic National Convention.

Prehosp. Emerg. Care 1997; 1(4): 238-45

5. BOYER C.

Couverture médicale des rassemblements de foule: analyse des risques et évaluation des besoins.

Thèse méd. Amiens, 1996

6. CATELOY F.

La couverture sanitaire des rassemblements de foule : élaboration de fiches médicales de retour d'expérience

Thèse Méd. Amiens, 1997.

7. CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS

Activité 2001 des centres d'expositions de Paris Ile de France

Paris, CCIP, 2002 ; 26p

8. CHANG EC, KOVAL E, FREER L, KRAUS S.

Planning for an annual episodic mass gathering : emergency department and clinic utilisation in Yellowstone.

Wilderness Environ Med. 2000; 11(4): 257-61

9. COORDINATION DE CHANTIER DE BATIMENT ET DE GENIE CIVIL

Organisation de la coordination et formation du coordonateur

Paris, INRS, Cahier de notes documentaires, 1995 ; 159 (2) : 273-84

10. DALBEGUE S, GENEVRIER M, BLANC JL, BERTRAND JC.

Y a t il un intérêt à l'utilisation préhospitalière d'un score de gravité ?

Rev. SAMU 1997 ; 1 :47-50

11. DAMALIX G.

Evaluation de la qualité de la « chaîne de survie » à partir de l'utilisation de défibrillateurs semi-automatiques.

Thèse méd Lyon I, 1997.

## 12. DEFINITION DE LA SANTE AU TRAVAIL

Conclusions et recommandations de Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail

Paris, INRS, Documents pour le médecin du travail 1996 ; 66(2) : 91-3

## 13. DE SHRIJVER K, Et Coll.

An outbreak of legionnaire's disease among visitors to a fair in Belgium.

Eurosurveillance, 2000; 5(11): 115-9

## 14. DIAZ F.

La sécurité des grands rassemblements sportifs et culturels

Paris, IHESI, 2001 ; 197p

## 15. DOSSIER MEDICAUX TECHNIQUES

Le défibrillateur semi-automatique : place dans la chaîne des secours et intérêt dans le milieu du travail

Paris, INRS, Documents pour le médecin du travail, 2002 ; 89(1) :23-7

## 16. DOSSIER MEDICAUX TECHNIQUES

Organisation des urgences dans l'entreprise, sauvetage-secourisme du travail

Paris, INRS, Documents pour le médecin du travail, 2002 ; 89(1) : 05-20

## 17. DUPONT Ph.

Organisation des secours à la brasserie de Lille

Thèse med. Lille, 1991

## 18. DUPRE D., CAZANEUVE J.P.,

Analyse des accidents du travail

Paris, INRS, Cahier de notes documentaires, 1996 ; 159 (2) : 301-4

## 19. EVALUATIONS DES RISQUES PROFESSIONNELS

Principe et pratiques recommandés par la CNAMTS, les CRAM, les CGSS et l'INRS

Paris : INRS, ED 886, 2000 ; 9p

## 20. FLABOURIS A, BRIDGEWATER F.

An analysis of demand for first-aid care at a major public event.  
Prehosp. Disast. Med 1996; 11(1): 48-54

## 21. FRANASZEK J.

Medical care gatherings.

Ann. Emerg. Med 1986; 15: 600-1

## 22. GORODETZKY N, JANNIERE D, SOUCHOT O.

Couverture médicale d'une tournée de concerts de rock'n roll.

Rev. SAMU 1983 ; 6(4) : 171-5

## 23. HODGETTS TJ, COOKE MW.

The largest mass gathering

BMJ 1999 ; 318 : 957-8

## 24. INRS

L'évaluation a priori des risques professionnels

<http://www.inrs.fr/dossiers/evrp.htm>

## 25. INRS

Statistiques 2000 en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles

<http://www.inrs.fr/dossier/statistiques2000web1.htm>

26 INSEE

Les entreprises des services en 1999

Paris, Insee résultats n°762, système productif, 2001 ; 1995

27. JACQUET L.

Foires et salons à l'étranger en 2002, découvrir la planète

Paris, LE MOCI, 2001 ; 1517 : p14-9

28. KACET S, ZGHAL N, KOUAKAM C, BENAMEUR N, GOLSTEIN P.

Utilisation extrahospitalière du défibrillateur semi automatique

Arch. Mal. Cœur 2002 ; 95 : 945-9

29. LEGISLATION ET REGLEMENTATION

E.R.P. Etablissements recevant du public, Règlement de sécurité contre l'incendie

Paris, JOURNAUX OFFICIELS, 2002 ; 173-209

30. MENTHONNEX E, Et coll.

L'indice de gravité simplifié ambulatoire à la phase préhospitalière

Rev. SAMU 1997 ; 59-64

31. MICHAEL JA, BARBERA JA.

Mass gathering medical care : a twenty-five year review.

Prehosp. Disast. Med. 1997; 12(4): 305-12

32. MILSTEN AM, MAGUIRE BJ, BISSEL RA, SEAMAN KG.

Mass gathering medical care: a review of the literature

Prehosp. Disast. Med. 2002; 17(3): 151-62

33. MOLIMARD JM.

La sécurité des personnalités et des grands rassemblements, expérience du SAMU du Val de Marne.

Thèse Med Lille, 1990

34. MYERBURG RJ, et coll.

Impact of community wide police car deployment of automated external defibrillators on survival from out-of-hospital cardiac arrest

Circulation 2002 ; 106: 1058-64

35. O.J.S.

Activité des foires et des salons en 2001

Paris, Office de Justification des Statistiques, 2001 ; 30p

36. PARGNY F.

Foires et salons en France 2002, le mouvement de concentration

Paris, LE MOCI, 2001 ; 1513 : p28-32

37. PARILLO SJ.

Medical care at mass gatherings : considerations for physician involvement

Prehosp. Disast. Med. 1995; 10(4): 273-5

38. PHARM D., MONTEAU M, FAVARO M.

La sécurité dans les petites et moyennes entreprises françaises : quelques problèmes

Spécifiques

Paris, INRS, Cahier de notes documentaires, 1993 ; 153(4) : 545-9

39. PETIT P.

Mort subite d'origine cardiaque : la chaîne de survie en France

Bull. Acad. Natle Med. 1999 ; 183(8) :1581-94

40. PETIT J, DECREAU M, OKSEHENDLER G,

Utilisation des indices en médecine d'urgence : quels outils, pour quoi faire ?

Rev. SAMU 1994 ; 4 : 129-37

41. SABOUREAU S.

Evaluation de l'intérêt de la défibrillation précoce dans la chaîne de survie appliquée au milieu extra-hospitalier (expérience lyonnais au cours de l'année 2000

Thèse Med Lyon I, 2001

42. SANDERS AB, CRISS E, STECKL P, MEISLIN HW, RAIFE J,

An analysis of medical acre at mass gatherings.

Ann Emerg Med. 1986; 15:515-9

43. SECOURISME PRATIQUE. COM

Le DSA ( Defibrillateur Semi Automatique)

[http://www.secourisme-pratique.com/pages/dossiers/pages\\_dsa.htm](http://www.secourisme-pratique.com/pages/dossiers/pages_dsa.htm)

44. TERENCE D, VALENZUELA TD, ROE DJ, NICHOL G.

Outocmes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos.

N England J Med. 2000; 343: 1206-9

45. VIART JP.

Les salons professionnels

Paris, PUF? Que sais je, 1998; 127p

46. ZEITZ KM, SCHNEIDER DP, JARRETT D, ZEITZ CJ

Mass gathering events : retrospective analysis of patient presentations over seven years

Prehosp Disast Med. 2002; 17(3): 147-50

47. MIP

Medical International Presence

Recueil de statistiques

48. AMCTPRP

Rapport annuel de statistiques des médecins de théâtre de Paris, Dr BONFILS.

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Mes premiers remerciements vont vers ceux et celles qui ont été les plus proches au cours de ces longues années d'études de médecine :

Ma maman, qui a eu l'endurance et la gentillesse de me supporter lors des hauts et des bas que comprennent les moments de stress de concours et les phases d'évasion de ces dix dernières années ; ainsi que ma famille qui compte beaucoup pour moi.

Tous mes très chère(s) ami(e)s dont Géraldine, ma meilleure amie qui aura toujours su être là à mon écoute ainsi que pour partager les meilleurs moments.

A tout ceux que mon chemin a croisé, temporairement ou plus longuement, il y a longtemps ou plus récemment, dans mon travail ou dans mes loisirs, avec qui je partagerais peut être un peu de temps ou plus longuement.

Au travail, qui m'aura fait découvrir la rigueur, mais aussi des rencontres parfois parmi les meilleures, à Eric, directeur de Medical International Presence, directeur de ma thèse et ami sincère que j'admire.

A Présence assistance tourisme, toujours présent et dont la sympathie fait que le travail peut être sérieux, rassurant et palpitant.

A l'AP-HP qui m'aura bien formée et donnée de longues nuits blanches : l'USIC d'Argenteuil, le SMUR de Poissy et de Beaujon, les urgences pédiatriques de Bondy et leurs personnels qui m'auront fait apprécier tous les semestres de mon internat.

Enfin à tous les autres, qui sont reconnaîtront parce qu'ils sont passés à un moment dans ces dix ans, et avec qui j'aurais partagé de bons moments.

A l'avenir, qui promet beaucoup de surprises...

Sarah.