



**Recommandations d'experts
RASSEMBLEMENTS DE FOULE & GESTION MEDICALE
EVENEMENTIELLE**

Samu-Urgences de France (SUdF)

juillet 2014

Recommandations d'experts

RASSEMBLEMENTS DE FOULE & GESTION MEDICALE

EVENEMENTIELLE

1. Sommaire

1.	Sommaire	2
2.	Contexte	3
3.	Une organisation médicale spécifique	3
3.1.	Pourquoi une organisation médicale spécifique lors de rassemblements ?	3
3.2.	Quelle organisation médicale ?	5
4.	Fiches détaillées	7
5.	RECOMMANDATIONS.....	16
6.	Références	17
7.	Annexes	18
7.1.	Annexe 1 – Contributeurs	18
7.2.	Annexe 2 – Lexique	19

2. Contexte

Les rassemblements de foule, à l'occasion d'événement festifs, sportifs, culturels, religieux, politiques... génèrent des risques sanitaires particuliers et compliquent l'accès et l'intervention des secours. La Loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité (Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995) définit, entre autres, la responsabilité des organisateurs quant à l'assistance aux personnes. En complément, l'Arrêté du 7 novembre 2006 définit le dispositif prévisionnel des secours (DPS), à la charge de l'organisateur, dispositif défini par le Préfet, qui s'il précise les moyens secouristes à mettre en place, ne propose pas d'organisation médicale.

Les Samu-Centre 15 sont, depuis de nombreuses années, sollicités par les Préfectures lors de ces manifestations : leur rôle consiste généralement à une mission d'expertise et à l'anticipation de situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

La médicalisation de la manifestation est organisée soit par le Samu-Centre 15 territorialement compétent, soit par des organisations sanitaires qui se sont spécialisées dans ce type d'activité, soit parfois par des médecins « isolés », contactés directement par l'organisateur.

Ces recommandations professionnelles sur l'organisation médicale de ce type d'évènement sont issues de l'expérience d'équipes de Samu-Smur et des sociétés spécialisées, de la revue de la littérature, et d'un atelier de travail lors des journées scientifiques de la Société Française de Médecine d'Urgence (Lyon – 2009) et de l'avis d'experts désignés par le Conseil d'Administration de Samu-Urgences de France.

3. Une organisation médicale spécifique

3.1. Pourquoi une organisation médicale spécifique lors de rassemblements ?

Une forte concentration de personnes, des risques directement liés à l'évènement ou au sport pratiqué, des difficultés d'accès... sont les éléments généraux qui justifient l'intérêt d'un dispositif préventif médical dans l'objectif de garantir le juste soin.

||| **les risques sanitaires spécifiques relevant de l'Aide Médicale Urgente** : l'analyse de ces risques est un élément déterminant dans le dimensionnement du dispositif à mettre en place. Nous pouvons schématiquement séparer ces risques en :

- risques liés à la densité de population : l'augmentation arithmétique de la population induit un surcroît des pathologies. Si cette augmentation a peu d'incidence dans un secteur fortement peuplé, disposant de moyens sanitaires importants, il en va tout autrement de manifestations dans des zones rurales, voire isolées. La concentration de population, en elle même peut générer des pathologies spécifiques, traumatiques (mouvements de foule...), mais également infectieuses (TIAC...) et contribue probablement à ralentir l'accès des moyens de secours et médicaux.
- risques liés au type de population : certains types de manifestations concentrent un public spécifique, générateur de pathologies particulières : rixes entre supporters, pathologies toxiques (alcool, stupéfiants...), malaises de « fans »...
- risques liés à l'environnement : ils sont liés aux conditions climatiques (températures extrêmes), mais également à l'enceinte ou se déroule l'événement et à la disposition des lieux : « noyau dur » des concerts, risques liés à des tribunes, exposition au soleil et à la chaleur lors de manifestations en plein air, manifestations sur plusieurs dizaines de kilomètres...
- les accidents catastrophiques : s'ils doivent être anticipés par les services publics (Samu, Sdis, Sécurité Civile, Sécurité publique...), ces moyens seront rarement pré-positionnés sur place. Disposer d'une organisation médicale préalable sur le site permet une première évaluation médicale pertinente qui aidera à une adéquation la plus optimale possible entre les besoins et les renforts médicaux à engager.

||| **les personnes concernées.** L'organisation médicale doit permettre de prendre en charge et de garantir le juste soin :

- au public, qui est habituellement concerné au premier plan
- aux sportifs, artistes, personnalités... en complément éventuel d'une couverture médicale spécifique (médecin de fédération, escorte...)
- aux techniciens, organisateurs, bénévoles, journalistes... qui assurent le bon déroulement et la couverture médiatique de la manifestation.

||| **les avantages de la médicalisation de l'événement.** Ces avantages peuvent être décrits selon trois axes :

- Avantages médicaux : les pathologies les plus graves (arrêt cardiaque, traumatisme violent, syndrome coronarien aigu...) bénéficient d'une médicalisation spécialisée plus rapide, avant leur prise en charge par une équipe Smur. Cette prise en charge « des premières minutes » impose des médecins formés et entraînés à la médecine d'urgence et disposant du matériel adapté.

- Avantages organisationnels : l'expérience montre que la grande majorité des patients peuvent être traités sur place, dans un local dédié (infirmierie) et que les évacuations vers un établissement de santé sont rares : 5% (coupe du monde de football 1998), 7% (coupe du monde de rugby 2007), 2% (tournée Johnny Halliday 2009)... Une telle organisation permet d'éviter une surcharge inutile des structures des urgences.
- Avantages opérationnels : en cas d'accident catastrophique, cette organisation préalable permet une évaluation initiale plus rapide de la situation et une meilleure adaptation des moyens sanitaires à engager.

3.2. Quelle organisation médicale ?

Fournir un dispositif médical adapté

- Mettre en place un Schéma Directeur Secours Santé (SDSS) reprenant tous les items de fonctionnement liés à l'événement
- Fournir un Dispositif Préventif Médical (DPM) complémentaire du Dispositif Prévisionnel de Secours

Fonctionner en partenariat avec les services publics

- Au-delà même du SDSS approuvé par les services publics (Préfet, ARS) selon la nature ou les risques liés à la manifestation, une interface sur site peut être mise en place entre le dispositif de l'organisateur et les services publics.
- Les évacuations sanitaires sont prises en charge en partenariat avec le Samu-Centre 15 qui gère l'orientation et l'envoi des effecteurs de transport si nécessaire.

Garantir la compétence des intervenants

Il est recommandé que les praticiens intervenants dans ces dispositifs soient formés à la médecine d'urgence et de catastrophe. Il est conseillé qu'ils aient une activité régulière dans le domaine de la médecine d'urgence et de catastrophe. Les médecins doivent être inscrits à l'Ordre des Médecins. Il est recommandé que les infirmiers soient familiers des pratiques de l'urgence.

Respecter les bonnes pratiques

- Pratique médicale : le juste soin en situation d'urgence est garanti par la présence de médecins urgentistes reconnus.
- Organisation préalable de la chaîne des soins avec un responsable médical identifié
- Logistique : disposer du matériel nécessaire pour faire face à plusieurs urgences absolues et un nombre d'urgences relatives à définir en phase de préparation de l'événement.
- Gestion de stocks, pharmacie, fluides, DASRI, matériovigilance.

Réserver le recours aux établissements de soins aux patients qui en ont besoin

Traiter de la majorité des patients sur site en lien avec une régulation médicale locale doit limiter le recours et la saturation des structures de médecine d'urgence du secteur.

Devenir le premier maillon de la chaîne des soins au quotidien, mais aussi en situation d'exception

Après analyse des risques potentiels et si cela s'avère nécessaire, l'organisation comprend la présence d'un médecin sentinelle du Samu-Centre 15. Il est en vigilance en routine (sauf demande de l'organisateur) et sera en liaison avec le Samu-Centre 15, le premier responsable de l'organisation de la réponse médicale, en cas de situation exceptionnelle en attente de la nomination du Directeur des Secours Médicaux par le Préfet.

Agir dans un périmètre défini.

Il convient de définir un périmètre « organisateur » afin de ne pas faire intervenir les moyens privés hors de leur champ de responsabilité (sauf exception ou réquisition).

4. Fiches détaillées

FICHE 1 – Éléments attendus dans le Dispositif Préventif Médical

Quelque soit la nature de l'événement à gérer, ce document sert de fil conducteur à l'organisateur et aux services publics pour définir et moduler les moyens prudents.

Ce document peut être ponctuel, pour un événement ou faire partie du plan de secours fixe d'un établissement recevant du public de façon régulière.

Les Items à développer sont :

1 - Les accès

Les accès routiers doivent être décrits et maintenus libres. Ces accès sont communiqués au Samu-Centre 15.

Une zone de poser hélicoptère doit être prévue dans ou à proximité immédiate du site. Cette zone sera qualifiée (CAT ou SMUH) par le Samu-Centre 15 territorialement compétent, en lien avec le ou les HéliSmurs pouvant être amenés à intervenir

2 - Les espaces médicaux

2.1 - Pour les stades

- 1 infirmerie principale (IPR)
- 1 infirmerie satellite (ISA) pour 10 000 spectateurs ou plus selon la complexité architecturale du site.
- 1 infirmerie (IPE) pour les compétiteurs ou acteurs de l'événement (150 m²) *
- Infirmerie en zone officielle
- Postes tièdes
- Régulation médicale (PCC)

Les recommandations de modalités de gestion des zones compétitions sont décrites en Annexe 5.

** NB : le local antidopage tient compte de normes Fédérales et ne se situe pas, en général, à l'intérieur de cette infirmerie.*

2.2 - Espaces étendus type festivals (concerts)

- Postes secouristes proche des entrées
- Postes latéraux scène, dits postes chauds
- Postes tièdes
- Postes froids,
- Infirmerie principale
- Zone de régulation médicale

2.3 - Salons, foires-expo

- 1 infirmerie minimum, plus selon l'étendue du site et le nombre potentiel maximum de visiteurs présents
- 1 moyen de transport des victimes intrasite

2.4 - Compétitions circuits ou parcours longues distances

2.4.1 - Circuits fermés

- 1 infirmerie principale pour les compétiteurs
- 1 infirmerie à mi-chemin du trajet ou du circuit.
- des moyens mobiles pour accéder rapidement à toutes les parties du circuit

2.4.2 - Circuits ouverts (marches, marathons, courses cyclistes, voitures, motos...)

- 1 poste au départ
- 1 poste lourd à l'arrivée comprenant un dispositif de médecine d'urgence (déchoquage)
- 1 poste de secours tous les 1 à 5 km avec accès à un DAE
- 1 ou plusieurs équipes mobiles selon la nature de l'épreuve et la configuration du site

FICHE 2 - Dispositif préventif médical (DPM)

Il complète le DPS par un versant purement médical. Ce dispositif comprend :

1 - Une équipe de commandement

La présence d'un médecin dans un dispositif médico-secouristes lui donne de fait l'autorité technique et médicale sur les secouristes des associations agréées de sécurité civile.

- Le manager médical local (MML) est le directeur ou coordinateur médical c'est-à-dire le médecin référent de la manifestation. Il est le représentant « médical » de l'organisateur et fait office d'interface avec les services publics. Il joue un rôle, avant pendant et après la manifestation. Il dispose de l'autorité et de la crédibilité nécessaire à cette fonction.

- le médecin régulateur local (MRL) et son auxiliaire de régulation (ADR) cet échelon intervient à partir d'affluences de 20.000 spectateurs ou moins en cas de risques particuliers. Ils sont positionnés au PC en lien direct avec les autres dispositifs de secours et de sécurité. Et en communication avec le Samu-Centre 15 territorialement compétent.

NB : Dans les événements comportant des affluences inférieures à 40.000 spectateurs, en phase opérationnelle le rôle du MML peut se confondre avec celui de MRL.

2 - Les équipes de terrain

- Médecins urgentistes ou compétents en médecine d'urgence
- Infirmier DE ou IADE. Leur nombre est calculé en fonction des tableaux d'évaluations des critères de risques situés en fiche 3
- Equipes logistiques : gestion du matériel, pharmacies, consommable, organisationnel.

FICHE 3 - Tableaux de critères de risques - Recommandations pour aider au choix du DPM

1 - Critères déterminants

Le choix des critères de risque est dicté par l'expérience acquise dans notre pays lors de multiples manifestations de grande envergure. À ce jour, plusieurs centaines de concerts réunissant plus de 20.000 spectateurs, des milliers de matchs de Ligues 1 et 2 et de matchs internationaux, football et rugby confondus (incluant 2 Coupes du Monde), des courses, des raids etc.... ont été traités. Les retours d'expérience ont permis de calibrer et de conseiller les dispositifs suivants :

Indice A. Profil réactif du public (tableau I)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Supporters catégorie A, public calme, pas de contentieux avéré	0,25
Moyen	Supporters catégorie B, public agité (adolescent/boys-band), contentieux modéré, enjeu	0,35
Élevé	Supporters catégorie C, public à risque (drogues, hard-rock, trash, rave), enjeux élevés, activité à risque pour le public, contexte sociopolitique, contentieux avéré	0,50

• Niveau faible

- supporters catégorie A : supporter normal, non agité, non agressif (classification internationale de police)
- public calme : pour les concerts et spectacles pop-rock, variété.
- pas de contentieux : aucune rivalité entre clubs ou supporters.
- faible enjeu : match amical ou de championnat sans enjeu immédiat.

• Niveau moyen

- supporters catégorie B : agités, associations turbulentes mais non-violentes.
- public agité : spectacles pour adolescents, concerts de boys-band et assimilés
- contentieux modéré : coupes diverses, matchs internationaux qualificatifs (non-couperets).

• Niveau élevé

- supporters catégorie C : hooligans, supporters réputés violents.
- public à risque : spectacles associés à la consommation de drogues ou de comportements à risques (hard-rock, trash, rave)
- enjeux élevés : finales de championnats nationaux, finales internationales
- activités à risques pour le public : terrain accidenté, motos, voitures (circuits ou rallyes)
- contexte sociopolitique : selon le niveau de Vigipirate et les infos de la DCRI lors des réunions de sécurité;
- contentieux avéré.

Indice B. Gestion des flux (tableau II)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Public assis ou debout ($< 2/m^2$), pas de zone d'accumulation	0,25
Moyen	Public debout à plus de $2/m^2$ et zones d'accumulation,	0,30
Élevé	Zone d'attente > 2 h	0,50

- **Niveau faible**
 - public assis ou debout mais à moins de 2 personnes au m^2 ; ceci vaut pour les noyaux durs des concerts
 - spectacles sans zones d'accumulation : quasiment pas d'attente ni de bousculades aux entrées
- **Niveau moyen**
 - public debout et tassé à plus de 2 par m^2 (noyau dur des grands concerts)
 - zones d'attente et d'accumulation : pour un délai d'attente moyen inférieur à 2 heures, plus le nombre d'entrées du public est grand, plus ce facteur est diminué.
- **Niveau élevé**
 - zones d'attente et accumulation supérieure à 2 heures
 - tassement > 3 personnes par m^2

Indice C. Délais d'accessibilité des moyens médicaux publics en cas de situation exceptionnelle (tableau III)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Moins de 20 minutes	0,25
Moyen	Plus de 20 minutes	0,30

Les moyens d'urgence étant déjà sur place, c'est donc un indice qui diffère dans le fond, du même indice spécifique au Dispositif Préventif de Secours (DPS). Il s'agit ici, du délai d'arrivée du premier moyen médical public prenant en charge une situation exceptionnelle.

- **délai court** : ce sont des spectacles en ville où les Smur sont proches
- **délai long** : spectacles en campagne, en zones très éloignées des secours publics ou avec des délais importants de par le trafic aux abords ou de par la configuration géographique.

Dans ce dernier cas, une majoration des moyens médicaux peut être nécessaire.

Indice D. Climatologie (tableau IV)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Climat tempéré	0,25
Moyen	Climats extrêmes (très froid ou très chaud)	0,50

- **Niveau faible** : température de saison
- **Niveau fort** : grands froids ou grandes chaleurs

2 - Calcul des effectifs médicaux et infirmiers prévisibles

Pour mémoire, la réglementation impose une déclaration en préfecture dès que le nombre de personnes attendues pour un évènement dépasse 1.500 personnes, ce qui requiert la présence de secouristes (DPS)

La présence d'un médecin urgentiste est nécessaire dès que le nombre de participants dépasse 5 à 10.000 personnes, voire moins en cas de risque avéré. Il est toujours associé à un infirmier. Au-delà, l'effectif est déterminé en considérant l'ensemble des critères de risques.

- Médecins, infirmiers

Schématiquement, sur un évènement à risque modéré, il faut compter (hors cadres et équipe de commandement) :

- un médecin par tranche de 10.000 spectateurs;
- un infirmier par tranche de 10.000 jusqu'à 20.000, puis 1 infirmier tous les 20.000 spectateurs.

Il faut considérer un indice de pondération :

- indice multiplicateur pour de petites affluences à risque avéré (multiplié par 2)
- indice modérateur au-delà de 100.000 spectateurs (divisé par 2).

Pour plus de facilité les formules qui suivent sont voisines de celles du DPS mais avec une spécificité propre, permettant également un calcul en fonction des critères de risque qui puisse servir de base à tous (y compris aux organisateurs)

Il est possible d'utiliser la formule du *ratio intervenant médecin (RIM)*, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Ce chiffre est celui sous lequel il ne faut pas descendre. Il est calculé en fonction de l'*indice Global de Risque (IGR)* défini par la somme des indices de risques des 4 tableaux :

$$IGR = A + B + C + D$$

$$RIM = IGR \times \text{nombre de spectateurs} / 10.000$$

Il faut également intégrer :

- la durée de l'évènement (nuits pas exemple) qui impose des rotations de personnel. Les indices permettent de faire varier les ratios intervenants médecins et infirmiers théoriques et les affiner.
- les contraintes sonores (rotations)
- les longues distances à gérer.

Ainsi, pour une manifestation réunissant deux fois plus de spectateurs, l'indice A (profil du public) étant réduit, le nombre de médecins n'est pas multiplié par deux, mais "*seulement*" augmenté de 2.

- Cadres médicaux

Sur un dispositif minimal, le médecin est automatiquement MML-MRL, au moins en phase opérationnelle. À partir de 40.000 personnes, le poste se dédouble en un MML et un MRL. Le MRL reste en poste fixe dans le PC régulation. Un auxiliaire de régulation (ADR) est présent au-delà de 20.000 spectateurs ou moins en cas de risques avérés.

- Organisation & logistique

La gestion et la préparation du matériel, des produits médicamenteux, des fluides et des normes de matériovigilance nécessitent du personnel formé. Selon la nature de l'évènement ce personnel doit être présent en phase opérationnelle.

FICHE 4 - Déontologie

Bonnes pratiques :

- Respecter les normes de l'exercice légal de la médecine, en évitant ce qui pourrait s'apparenter à la médecine foraine.
- Disposer d'une couverture assurantielle adaptée.
- Exercer la médecine en tenant compte des obligations de l'Urssaf.

Protocoles : utiliser les protocoles médicaux en vigueur de gestions des patients afin de faciliter les relais entre équipes lors d'évacuations vers les hôpitaux

Matériel : utiliser du matériel adapté au terrain, léger, maniable, avec des sacs différents (couleur, marquage) selon leur fonction.

L'ensemble du kit médical doit correspondre au minimum au contenu d'une UMH.

Disposer de moyens de relevage et contention adoptés à l'événement concerné.

Défibrillateur Automatisé Externe, Moniteur multiparamétrique permettant un diagnostic électrocardiographique et la surveillance, aspirateurs de mucosités.

Ces moyens devront être distincts des moyens estampillés service public.

La structure doit disposer de moyens de transmissions fiables et homologués (normes ARCEP) sur un canal exclusivement réservé au médical (secret médical)

Procédures : ce sont les éléments de déclinaisons du Schéma Directeur appliqué à la phase opérationnelle :

- procédures liées au site et à sa configuration
- procédures liées à l'événement lui-même
- fiches de postes, fiches réflexes
- fiches épidémiologiques
- fiches bilans, main courante etc.

FICHE 5 - Gestion médicale des zones compétitions dans les sports de haut niveau ou professionnels

La zone compétition est souvent difficile d'accès. Il peut en résulter un délai d'intervention notable pour les secours. Il est donc indispensable de disposer à demeure d'une équipe pouvant intervenir sans aucun délai.

La population de ces zones est **variée** :

- membres de l'organisation, staffs des équipes, journalistes, personnel de gestion, arbitres.
- Joueurs, souvent athlètes de haut niveau, avec des risques spécifiques et de lourdes contraintes (physiques et psychologiques)

Il est recommandé que ce dispositif comprenne :

- une équipe de quatre secouristes par demi-terrain (football/rugby) pour ramassage, relevage, conditionnement et brancardage (blessures simultanées). Situés en bord de terrain sur des bancs, ils doivent bénéficier d'abris (guérites) ainsi que leur matériel. Il est conseillé que ces secouristes soient agréés sécurité Civile.

- 1 médecin urgentiste dit Médecin Pelouse (MPL) pour :

- intervenir le plus tôt possible dans la gestion des soins d'urgence en partenariat avec le médecin d'équipe
- diriger les manœuvres de réanimation en cas de gravité
- participer aux exercices des secouristes en situation, organisés tout au long de la saison.
- déclencher les départs de brancardages sur le terrain sur demande de l'arbitre, du médecin d'équipe ou de sa propre initiative si la circonstance de l'accident paraît évocatrice.
- il est en liaison permanente avec le PC de régulation médicale

- du matériel de relevage secouriste : barquette rigide (2 pièces), plans dur-rachis avec blocage de tête, colliers, atèles, matelas coquille, kit oxygène (petites bouteilles)

- matériel de médecine urgence, positionné en bord de terrain prêt à l'usage :

- lot intubation, BAVU, masque à haute concentration, kit perfusion
- kit traumatisme : pansements américains, hémostase.
- DSA, médicaments de réanimation, y compris antalgiques majeurs

- un scope défibrillateur enregistreur doit être disponible à l'infirmierie des joueurs, qui doit être très proche du terrain, ainsi qu'un respirateur. Un complément d'oxygène avec prises adaptées doit également être prévu permettant d'attendre l'évacuation de la victime.

5.RECOMMANDATIONS

1) Lors d'un événement générant un rassemblement de foule et dès lors qu'un dispositif prévisionnel des secours est mis en place ou sur demande de l'Agence Régionale de Santé, un Dispositif Préventif Médical (DPM) doit aussi être mis en place.

2) Le DPM est articulé avec le DPS pour créer un Dispositif Prévisionnel Secours/Santé (DPSS).

3) Le DPM est réalisé en lien avec le Samu-Centre 15 territorialement compétent.

4) Le DPM est transmis à l'ARS par le Samu-Centre 15.

5) L'organisation médicale et les effectifs médicaux et infirmiers répondent, au minimum, aux éléments définis en annexe des présentes recommandations.

6) L'organisation mise en place réalise un réseau de soins qui répond aux exigences requises en médecine d'urgence :

- Régulation médicale
- Prise en charge rapide de la victime conformément aux données de la science
- Orientation vers une structure adaptée à son état clinique
- Ethique et respect du secret médical

6. Références

Urgences et situations d'exception. Journées scientifiques de la SFMU - Lyon 2009.
Atelier 6. Société Française d'Éditions Médicales 2010

7. Annexes

7.1. Annexe 1 – Contributeurs

Groupe de travail

Coordination : Dr François BRAUN

Dr Jean-François CIBIEN, Dr Nicolas GORODETZKY, Pr Frédéric LAPOSTOLLE, Dr Michel NAHON

Groupe de relecture

Les membres du **Conseil d'administration** de Samu-Urgences de France

Dr François BRAUN
Dr Marc GIROUD
Pr Paul PETIT
Pr Pierre CARLI
Pr Dominique PATERON
Dr Agnès RICARD HIBON
Pr Pierre Marie ROY
Pr Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE
Dr Frédéric BERTHIER
Dr Louis SOULAT
Dr Catherine BERTRAND
Dr Karim BOUDENIA
Dr Jean François CIBIEN
Pr Marc FREYSZ
Dr Gilbert LECLERCQ
Pr Bernard NEMITZ
Dr Emgan QUERELLOU
Pr Bruno RIOU
Dr Karim TAZAROURTE
Dr Muriel VERGNE

7.2. Annexe 2 – Lexique

ADR	Auxiliaire De Régulation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAT	Commercial Air Transport
DAE	Défibrillateur Automatisé Externe
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DPM	Dispositif Préventif Médical
DPS	Dispositif Prévisionnel des Secours
DPSS	Dispositif Prévisionnel Secours / Santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IPR	Infirmerie PRincipale
IPE	Infirmerie PElouse
ISA	Infirmerie SATellite
MML	Manager Médical Local
MPL	Médecin PeLouse
MRL	Médecin Régulateur Local
Samu	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUH	Service Médical d'Urgence par Hélicoptère
Smur	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SUdF	Samu-Urgences de France
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective