

PLAN DE THESE

1. Introduction et objectifs

- 1.1. Introduction
- 1.2. Objectifs

2. Concept de Violence dans le Football

- 2.1. Notion de hooliganisme : définitions
- 2.2. Evolution des violences
- 2.3. Mouvement ultra vs hooligans
- 2.4. Spécificités du mouvement hooligan russe
- 2.5. Moyens de lutte contre le hooliganisme

3. Etude épidémiologique des traumatismes maxillo-faciaux lors de l'UEFA 2016

- 3.1. Introduction
- 3.2. Matériel et méthodes
- 3.3. Résultats
- 3.4. Discussion

4. Conclusion

Bibliographie

1 Introduction et objectifs

1.1 Introduction

Le football représente le sport le plus populaire, et le plus médiatisé de l'ère contemporaine, il draine une tradition de violence autour de lui depuis les années 60.

Les conduites de violence développées par les supporters de football, reprises sous l'appellation de Hooliganisme, sont fortement enracinées dans l'histoire.

Elles connaissent une large diffusion géographique : hooligans en Angleterre, siders en Belgique et aux Pays-Bas, ultras en Espagne, en Italie, au Portugal et en France méridionale.

L'organisation par la France de la coupe d'Europe de football de l'UEFA 2016 nous a permis d'étudier le nombre de traumatisés faciaux en lien avec cet événement . En effet, depuis ses débuts, l'Euro 2016 a été émaillé de nombreux incidents , les médias ont généralement présenté les auteurs de troubles comme des « hooligans ».

L'évènement le plus marquant dans la violence générée lors de cette coupe d'Europe 2016 de football a été une émeute sur le vieux port de Marseille en marge du match Angleterre-Russie, où la ville s'est transformée en une véritable zone de guerre avec des affrontements entre les fans russes et anglais.

L'augmentation importante et rapide du nombre de traumatisés faciaux nécessitant une intervention chirurgicale urgente est un témoin de la violence de ces affrontements.

Cela nous a incité à mener une étude épidémiologique, afin d'évaluer l'incidence des traumatismes maxillo-faciaux et d'en déduire les mesures hospitalières nécessaires à la gestion d'un flux massif de blessés.

1.2 Objectifs

Nous avons voulu connaître l'impact de l'organisation de cet évènement en France sur l'incidence des traumatismes maxillo-faciaux opérés, afin d'en déduire les mesures de prévention spécifiques.

Dans un premier temps, nous expliquerons le phénomène du « supportérisme extrême » et son impact dans l'organisation d'une compétition à grande échelle.

Nous expliquerons la genèse du hooliganisme, les spécificités de cette violence, puis les moyens de lutte actuellement mis en place contre celle-ci.

Dans un second temps, nous présenterons notre étude sur l'évaluation du nombre de traumatisés maxillo-faciaux pris en charge lors de la coupe de football de l'UEFA 2016 .

Enfin, nous conclurons sur les moyens de prévention et les moyens à mettre en œuvre pour la gestion d'un flux massif de blessés à l'échelle hospitalière.

2 Concept de violence dans le Football

Le supportérisme se développe en France à partir des années 1970, pour des raisons internes et externes au football. (1)

Dès lors, la physionomie des stades français se transforme. Des supporters, surtout des jeunes, commencent à s'inspirer des fans étrangers, en particulier anglais et italiens (ces deux pays dominant le football européen à l'époque), qu'ils voient à la télé ou qu'ils rencontrent lors des matchs de coupe d'Europe. Les tenues vestimentaires aux couleurs du club, les écharpes, les drapeaux, les engins pyrotechniques se répandent. Des chants sont de plus en plus souvent repris en chœur dans les tribunes.

Le 29 mai 1985, la violence des supporters de football devient un problème social à l'échelle européenne (2). En effet, ce soir-là, dans le stade bruxellois du Heysel, 39 supporters de la Juventus de Turin trouvent la mort, devant les caméras de télévision, dans un mouvement de foule provoqué par les assauts de fans anglais de Liverpool.

Le terme « hooligans » entre alors dans le langage commun.

Qui sont ces supporters extrêmes ? Quels sont les événements marquants du hooliganisme ? Quels sont les moyens de prévention contre le hooliganisme ?

2.1 Notion de hooliganisme : définitions

Si dans l'imaginaire collectif, le hooligan est un Anglais, jeune, mal inséré socialement, délinquant dans la vie ordinaire, imbibé d'alcool, qui prend prétexte du match de football pour venir commettre ses méfaits dans le stade, la réalité sociale du phénomène est tout autre.

Les événements au Parc des Princes le 28 août 1993, lors du match PSG-Caen, où plusieurs policiers se sont fait lyncher dans la tribune Boulogne, ceux du match PSG-Galatasaray, en Coupe d'Europe, le 14 mars 2001, qui ont fait 56 blessés dans les tribunes, et plus récemment les graves incidents qui ont accompagné la rencontre Angleterre-Russie, samedi 11 juin 2016 à Marseille ont montré que le hooliganisme pouvait également être français.

Très souvent, pour ne pas dire trop souvent, le hooliganisme est en effet caractérisé (1) par son expression finale : la violence physique ou la dégradation de biens et matériels.

Cette violence peut être exercée :

- soit entre groupes de supporters dans le stade, ce qui est plus rare aujourd'hui compte tenu du contrôle social mis en oeuvre
- Soit à l'encontre des forces de l'ordre
- Soit encore contre des passants sans rapport apparent avec le football ou le supportérisme
- Soit elle conduit à la destruction de biens annexes : voitures, vitrines, et « caillassage » de bus...

Le hooliganisme concerne essentiellement voire exclusivement le football et ce, quel que soit le pays ou le continent. (3)

Ce type de violence liée aux fans est à distinguer des catastrophes qui frappent régulièrement les stades et qui sont dues à des problèmes d'infrastructures ou d'organisation.(2)

D'origine irlandaise, l'expression est apparue à la fin du XIX^e siècle, directement inspirée par un dénommé Patrick Hooligan, un ivrogne notoire qui passait son temps à errer de pub en pub, à la recherche de bagarres. (3)

Par le choix même de ce qualificatif les hooligans sont stigmatisés et considérés comme « anormaux ».

.

2.2 Evolution des violences

Du fait de l'amélioration des dispositifs de sécurité, les incidents liés aux aléas de la compétition sportive (envahissements de terrain, violences envers l'équipe adverse ou l'arbitre, etc.) sont devenus rares en Europe occidentale. Quant aux bagarres entre supporters rivaux, elles ont d'abord eu lieu dans les stades ou à leurs abords immédiats. Au fur et à mesure que les autorités sportives et politiques, sont parvenues à sécuriser les stades, puis leurs alentours et à empêcher les confrontations, deux nouvelles formes de violences sont apparues.

D'une part, les accrochages entre supporters et policiers ou stadiers se sont multipliés, au point que les incidents opposent aujourd'hui surtout des supporters aux forces de l'ordre qui les encadrent. D'autre part, les violences entre supporters se sont déplacées dans l'espace et dans le temps.

En particulier, les supporters les plus radicaux planifient désormais leurs affrontements pour échapper à la police. Ces bagarres, appelées *fights*, impliquent des groupes en nombre équivalent et se déroulent dans des lieux éloignés des stades, à des dates parfois indépendantes du calendrier sportif.

2.3 Mouvement ultras vs hooligans

Deux types principaux de supporters radicaux doivent également être distingués : ceux qui se définissent, eux-mêmes, comme hooligans et ceux qui se considèrent comme ultras. Ils se différencient par leur mode d'organisation, leur relation au football et leur rapport à la violence. Les hooligans autoproclamés sont avant tout préoccupés par la recherche de la confrontation violente avec leurs homologues adverses, ou avec les forces de l'ordre.

Ils s'investissent peu dans l'ambiance au stade et à la vie du club. Au contraire, ceux qui se présentent comme ultras s'impliquent dans le soutien au club et expriment leur avis critique sur les transformations de leur club et du football.

Tandis que les hooligans forment des bandes informelles et secrètes, les ultras se structurent en associations, dont les membres paient une cotisation et les porte-paroles dialoguent avec les dirigeants du football, et interviennent dans les médias.

Alors que la violence constitue le cœur de la pratique des hooligans, elle n'est qu'un moyen d'action, parmi d'autres, pour les ultras. La violence des hooligans est ouvertement offensive alors que celle des ultras est toujours présentée par ses acteurs comme défensive, comme une réaction à un événement antérieur. Dans le monde ultra, la place de la violence est ambiguë. Ceux qui se considèrent comme ultras tendent à refuser les *fights* arrangées par les hooligans, tout en appréciant affronter leurs rivaux autour du stade ou sur le trajet y menant. La violence des ultras est préméditée, en ce sens qu'elle fait partie de leur répertoire d'actions et qu'elle est parfois anticipée, mais elle n'est pas aussi organisée que celle des hooligans.

Les uns et les autres sont rassemblés généralement sous le thème « supporters extrêmes ». Cependant, l'évolution du hooliganisme vers des formes plus organisées, via les *fights*, s'est accompagnée de l'apparition, parmi eux, d'une frange de professionnels de la violence qui se désintéressent du football, ce qui n'était pas le cas des premiers hooligans.(4)

2.4 Spécificités du mouvement Hooligan Russe

L'Euro 2016 à peine entamé, le public français découvrait avec stupéfaction que les hooligans n'étaient pas qu'anglais, voyant arriver des russes, athlétiques, violents et maîtrisant visiblement tous les ressorts du combat rapproché en milieu urbain. D'où viennent-ils ? qui sont-ils ? tout cela a agité le monde médiatique. Les spécificités du hooliganisme russe et sa primauté du combat de rue sur le football, se traduisent par une organisation de l'affrontement sur le mode de l'action-éclair(5), préparée de façon commando. Pas d'alcool ni de drogue pour être le plus efficace et démontrer leur suprématie à toutes les caméras présentes.

Selon Mark Roberts (responsable de l'unité spécialisée dans le football de la police britannique), les spotters (physionomistes) à Marseille les ont vus mettre des protège-dents, des gants de combat et des bandanas avant d'attaquer les supporters anglais sur le port. "Nous savons que certains avaient des couteaux parce qu'un supporter anglais a été poignardé. Ils portaient une sorte d'uniforme, ils avaient tous des t-shirts et habits noirs et beaucoup portaient des sacs banane, peut-être pour dissimuler des armes".

Ces hool's sont des produits de l'effondrement de l'U.R.S.S. et de son football structuré autour des diverses institutions étatiques (syndicats, police, armée, industrie). Le passage brutal d'un capitalisme d'état à un capitalisme mafieux a provoqué un appauvrissement encore plus grand du prolétariat. Le football est lui passé entre les mains des nouvelles fortunes russes, issues notamment du commerce des hydrocarbures. Les tribunes des stades ont alors vu prospérer ces groupes coutumiers d'agressions racistes et homophobes et qui se sont, au fil des années, spécialisés dans l'ultra-violence avec, en toile de fond, des appuis dans les instances gouvernantes, au moins pour ce qui est des clubs et de la fédération.

Pour les hooligans russes, selon Nicolas Hourcade (sociologue), « le hooliganisme est un véritable sport de combat collectif ». (6)

2.5 Moyens de lutte contre le hooliganisme

Les graves incidents qui ont accompagné la rencontre Angleterre-Russie, le samedi 11 juin 2016 à Marseille, ont mis en lumière les difficultés des organisateurs de l'Euro 2016 et de la police française face aux affrontements entre hooligans des 2 clubs.

Le drame du Heysel en 1985 a provoqué des réactions immédiates (7). Dès l'été 1985, le Conseil de l'Europe adopte une Convention européenne sur la violence et les débordements de spectateurs lors de manifestations sportives, et notamment de matchs de football, suivie de plusieurs textes et recommandations du Conseil comme de l'Union Européenne (8). Le modèle de lutte contre le hooliganisme actuellement dominant en Europe se caractérise par une politique de gestion des risques axée sur la répression des comportements déviants et sur la prévention situationnelle.

Ce modèle, cherche à réduire les opportunités délinquantes en contrôlant les groupes de supporters perçus comme menaçants, en adaptant l'architecture des stades et en développant la vidéosurveillance. (9)

En décembre 1993, après l'agression du mois d'août, sous l'œil des caméras, de CRS par des hooligans parisiens, la loi Alliot-Marie constitue des délits spécifiques aux manifestations sportives, passibles d'emprisonnement (introduction et utilisation d'objets dangereux, état d'ébriété, incitation à la haine et à la violence, racisme, envahissement de terrain...) et autorise les tribunaux à prononcer une peine complémentaire d'interdiction judiciaire de stade (IJS) pouvant aller jusqu'à cinq ans pour ces faits ainsi, que pour certaines infractions au code pénal (violences, destructions, dégradations, détériorations, rébellion...) si elles sont commises dans une enceinte sportive. Le législateur recommande de préférer l'IJS à l'emprisonnement (10).

Au niveau policier, la Division Nationale de Lutte contre le Hooliganisme (DNLH), créée en novembre 2009 par le ministre de l'Intérieur s'inscrit dans la continuité d'initiatives prises depuis une quinzaine d'années.

Les missions de la DNLH sont de trois ordres. (11)

1. La recherche et l'analyse du renseignement opérationnel, par renforcement de l'évaluation des risques avant chaque match.
2. L'ordre public, qui consiste à diffuser les bonnes pratiques et à conseiller les autorités locales.
3. le suivi statistique des incidents et de leur traitement

En février 2010, la DNLH a créé dans quelques villes une Section d'Intervention Rapide composée de policiers habillés en survêtement et situés à l'intérieur du stade, en bordure des secteurs considérés comme sensibles.

3 Epidémiologie des traumatismes maxillo-faciaux lors de l'UEFA 2016

3.1 Introduction

Le football est le sport le plus populaire au monde, avec plus de 270 millions de spectateurs, c'est aussi le sport le plus pratiqué chez les moins de 18 ans (12). Les événements sportifs de grande ampleur sont l'occasion d'analyser la nature et l'incidence des traumatismes physiques associés à son organisation. (13)

Loin du traumatisme du sportif à proprement dit, et lié à une pratique sportive, le football véhicule un aspect culturel et un environnement particulier, sources de comportements de masse violents.

L'agression des fans de football, les phénomènes de hooliganisme constituent un enjeu sociétal international (14). Ce d'autant plus que les matchs de football déplacent des foules de milliers de spectateurs.

Dans la littérature, peu d'études sont disponibles concernant l'impact d'un événement sportif majeur (coupe du monde ou d'Europe de Football) sur la charge de travail et la recrudescence de situations d'urgence dans les hôpitaux des pays hôtes.

Ces situations sont susceptibles d'être similaires à des afflux massifs de blessés graves dans des situations d'attaque terroriste ou de guerre.

Après avoir affronté une telle situation lors du Championnat d'Europe de football de l'UEFA 2016, notre service de chirurgie maxillo-faciale a identifié quelques améliorations possibles dans la gestion d'un afflux massif de traumatismes maxillo-faciaux.

Nous avons souhaité analyser les traumatismes maxillo-faciaux ayant nécessité une hospitalisation et une prise en charge chirurgicale chez les supporters pris en charge lors de cet événement. L'objectif de notre étude est une analyse épidémiologique descriptive de l'incidence et de la nature des traumatismes cranio-maxillo-faciaux susceptibles de survenir lors d'une compétition sportive à grande échelle, et d'en déduire les mesures de prévention primaires et secondaires adéquates.

3.2 Matériels et méthodes

Une étude rétrospective multicentrique sur l'épidémiologie des traumatismes maxillo-faciaux a été réalisée lors de la Coupe de l'UEFA 2016 qui s'est déroulée du 10 juin 2016 au 10 juillet 2016 en France.

Les données médicales de tous les patients admis pour un traumatisme maxillo-facial après chaque match de la Coupe ont été recueillies. Des agents et 1000 bénévoles des associations de premiers soins ont été embauchés.(15)

Le Championnat d'Europe a été joué sur 10 terrains différents dans 9 villes de France (Lille, Lens, Paris Saint Denis, Paris Parc des Princes, Lyon, Saint-Etienne, Bordeaux, Toulouse, Marseille et Nice)

Collecte des données

Nous avons contacté les affaires médicales des 9 unités de chirurgie maxillo-faciale des centres hospitalo-universitaires de chaque ville hôte.

Seuls les traumatismes maxillo-faciaux nécessitant une intervention chirurgicale sous anesthésie générale et une hospitalisation ont été inclus.

Les lésions maxillo-faciales traitées dans des cliniques extérieures et les interventions pratiquées sous anesthésie locale (suture, traumatisme dentaire mineur) ont été exclues de l'étude.

Les données épidémiologiques recueillies pour chaque patient étaient le sexe, l'âge, la nationalité, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les circonstances du traumatisme, la durée de l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale pratiquée.

L'analyse statistique des résultats a été réalisée de manière descriptive.

3.3 Résultats

Données de sécurité

Cette Coupe d'Europe réunissait 24 équipes, 51 matchs ont été joués. Le nombre de supporters présents était de 2 427 303 spectateurs en cumulé, avec en moyenne 47 594 spectateurs par match.

Le championnat débutait par une phase d'élimination ; les 24 formations étaient réparties en 6 poules de quatre équipes. (16)

Au niveau des dispositifs de sécurité , 77 000 personnels du ministère de l'Intérieur (15) étaient mobilisés : 42 000 policiers dont 2 000 de la sécurité publique, 5 000 de la police aux frontières, 2 000 membres des Compagnies Républicaines de Sécurité (CRS), 10 000 de la préfecture de Police de Paris, 30 000 gendarmes (dont des membres du GIGN) et 5 200 personnels de la sécurité civile (dont 2500 sapeurs-pompiers et 300 démineurs).

Dans les infrastructures de transport, une partie des militaires de l'opération Sentinelle était aussi mobilisée. De plus, 13 000 agents de sécurité privée et 1 000 bénévoles des associations de secourisme étaient présents.

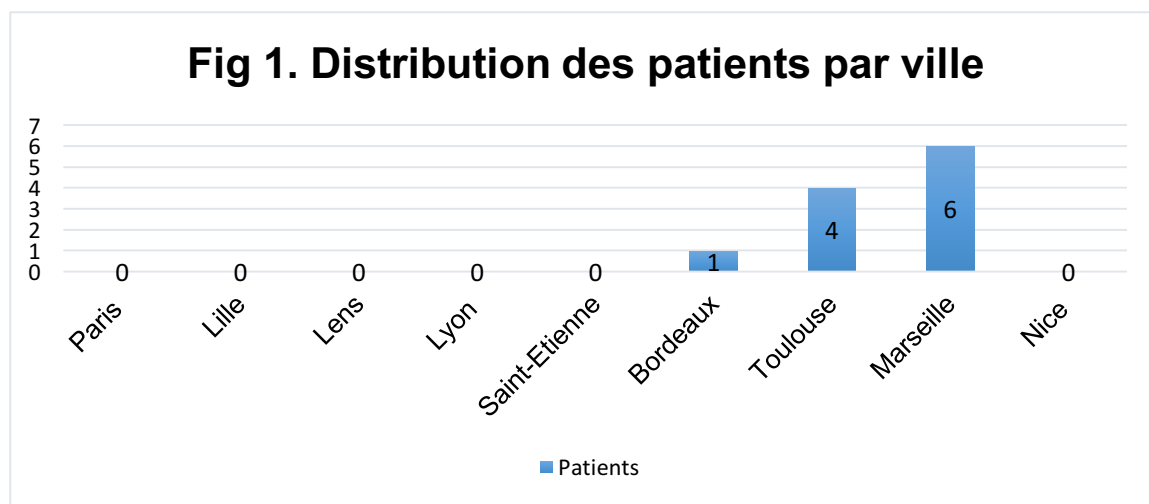
Pour prévenir les débordements liés aux phénomènes de hooliganisme , un centre de coopération policière internationale (CCPI) a été mis en place (17). Cette structure accueille au moins 2 policiers de chacun des 23 pays à l'affiche du championnat. Ces officiers travaillent aux côtés d'une dizaine de fonctionnaires rattachés à la division nationale de lutte contre le hooliganisme (DHNL) créée en France en 2009 mais aussi d'agents d'Interpol et d'Europol.

Chaque pays compétiteur a envoyé 6 « spotters » (physionomistes), qui pouvaient signaler la présence de supporters à risques de leur pays respectif.

D'autre part, pour éviter un afflux massif de supporters, la France a interdit la venue de 3000 supporters étrangers connus dans leur pays comme violents.

Données épidémiologiques des traumatismes maxillo-faciaux

11 patients pris en charge dans 3 villes différentes ont été inclus, 6 patients ont été hospitalisés à Marseille, 1 patient à Bordeaux et 4 patients à Toulouse. (Fig. 1)



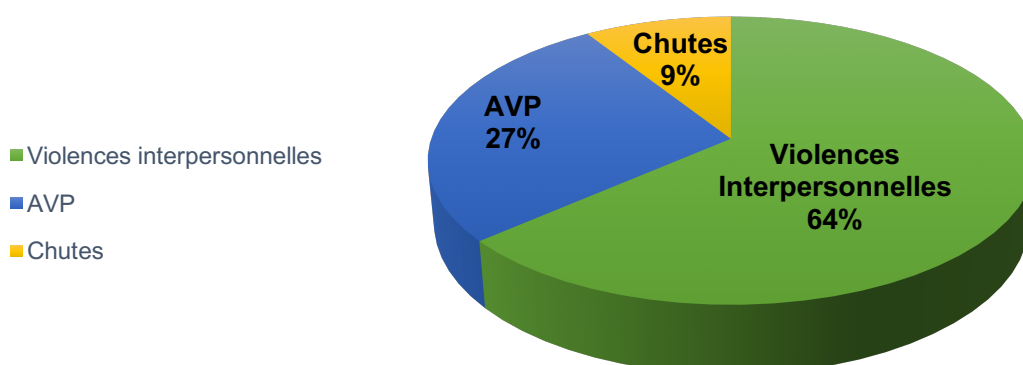
A Marseille, 6 patients ont été pris en charge lors du seul match Angleterre-Russie. 91% étaient des hommes (10/11).

Dans les autres villes où des traumatismes ont été recensés, il s'agissait de cas sporadiques.

L'étiologie dominante était les violences interpersonnelles (7/11 ou 63% des cas), suivie des accidents de la voie publique (AVP : 3/11 ou 27%) puis d'une chute (9%).(Fig2)

Dans la ville de Marseille, les violences interpersonnelles étaient responsables des 6 patients (100%) hospitalisés.

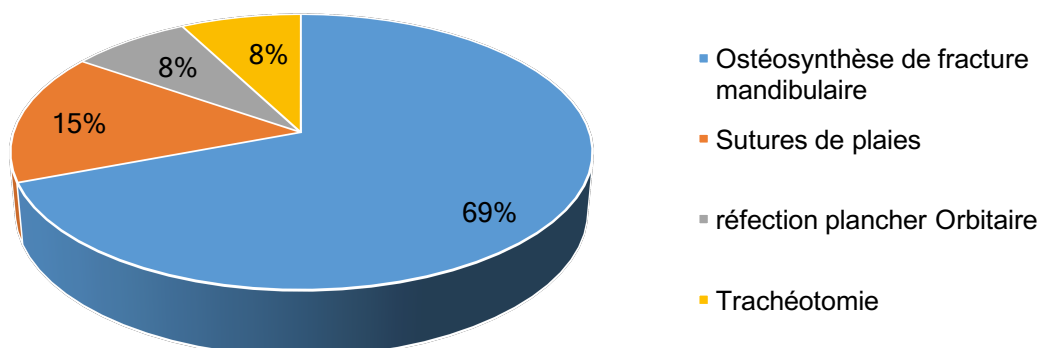
Fig 2. Etiologies des traumatismes



La durée de l'hospitalisation variait de 2 à 6 jours.

La majorité des traitements chirurgicaux étaient des réductions et ostéosynthèses de fractures mandibulaires (9/11 : 82%), des sutures de plaies sous anesthésie générale (2/11 : 18%), une réparation du plancher orbitaire (1/11 : 9%) et une trachéotomie (1/11 : 9%).

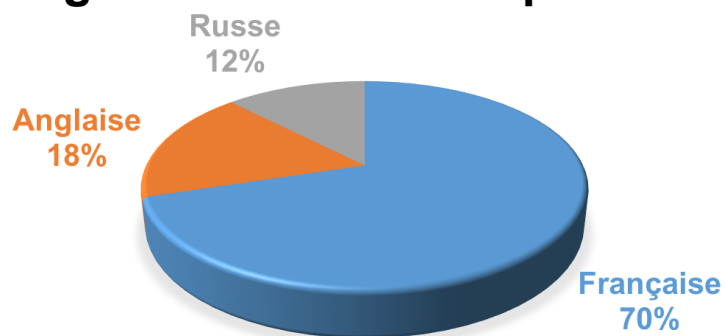
Fig 3. Type de traitement chirurgical



L'âge des patients allait de 18 à 50 ans (âge moyen : 30,63 ans). 6 patients avaient moins de 30 ans et 5 patients plus de trente ans.

8 patients sur 11 inclus étaient Français, 2 étaient Anglais et 1 seul était Russe. (Fig4)

Fig 4. Nationalité des patients



3.4 Discussion

Données démographiques

La majorité des traumatismes inclus dans cette étude a eu lieu dans la ville de Marseille.

Les données de cette étude peuvent s'expliquer par les caractéristiques des matchs (12) organisés dans cette ville. Marseille a accueilli le match Angleterre-Russie, un match à haut risque qui a provoqué une émeute dans le centre-ville dans la nuit du 11 juin 2016. (18)

En effet, plusieurs pays en lice (Russie, Croatie, Angleterre) étaient souvent accompagnés de « hooligans » si bien que cinq matches étaient classés « niveau 3 sur 4 » sur une échelle d'évaluation des risques liés au hooliganisme, décrite par le sociologue Nicolas Hourcade. (7)

Ces matchs ont fait l'objet d'un dispositif de sécurité renforcé, notamment au niveau des fans zones et aux endroits des villes où les supporters étaient le plus susceptibles de se rassembler. Malgré ce renforcement du dispositif de sécurité, des phénomènes de violences initiés par des mouvements de foule et une alcoolisation excessive se sont déroulés en prélude du match opposant l'Angleterre à la Russie qui a eu lieu le 11 juin au stade Vélodrome de Marseille.

Suite à ce match, 6 patients ont été admis dans le service de chirurgie maxillo-faciale et opérés dans les 24 heures.

Dans les autres villes, il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre de traumatismes maxillo-faciaux liée à la coupe d'Europe de l'UEFA.

Les affrontements observés lors du match Angleterre-Russie se sont distingués par leur ampleur, et leur aspect organisé. Depuis la fin des années 90, nous avons affaire à une nouvelle génération de hooligans (19), originaires principalement des pays de l'Est, de Russie et de Pologne : ce sont des personnes qui pratiquent des sports de combat (20) et qui s'entraînent quotidiennement. La présence de hooligans russes et anglais au cours de la même soirée de match expliquerait la violence des traumatismes maxillo-faciaux et leur recrudescence.

Malgré la mise en place de la politique de lutte menée contre le hooliganisme et les rencontres jugées à risques, les supporters russes surentraînés ont réussi à passer les frontières et à déjouer les « spotters » (physionomistes). (7)

De plus, lors de la Coupe UEFA 2016, les autorités se sont davantage concentrées sur les risques terroristes et non sur la gestion des hooligans ; cela peut expliquer l'ampleur des émeutes dans la nuit du 11 juin 2016.

Tranche d'âge :

Les résultats de cette étude confirment les données épidémiologiques de la littérature concernant les traumatismes maxillo-faciaux (21), le groupe d'âge des 18 à 35 ans étant principalement concerné. Après l'âge de 35 ans, la plupart des études montrent une rupture de la courbe de distribution (22). De plus , les profils de supporters « ultras » sont en moyenne jeunes , la plupart ont entre 16 et 25 ans (23) et ont des comportements impulsifs voir autodestructeurs. (24)

Nationalité des patients :

La majorité des patients inclus dans cette étude sont français (8/11). Ceci est probablement dû au fait qu'ils sont moins entraînés aux sports de combat que les hooligans anglais et russes. (25)

20% des patients sont russes. Ce moindre pourcentage de blessés russes pourrait s'expliquer par le fait qu'ils soient très entraînés dans les sports de combats, qu'ils anticipent ou initient les affrontements, donc sans effet de surprise, et qu'ils portent des moyens de protection individuels avec des gants de MMA (Mixed Martial Arts) et des protèges dents. (19)

La violence des affrontements telle que décrite par les médias a aussi été responsable de dégâts collatéraux , plusieurs patients inclus dans cette étude présentaient des traumatismes surajoutés notamment des fractures de membres. Un patient a été hospitalisé en réanimation dans le cadre d'un traumatisme laryngé avec nécessité d'une trachéotomie en urgence.

Lors de chocs violents répétés au niveau cranio-facial, des lésions chroniques peuvent apparaître telle que l'encéphalopathie traumatique chronique (ETC) et le risque de démence précoce associé. (26)

Evaluation du pic épidémiologique

Afin d'évaluer le pic d'incidence des traumatismes maxillo-faciaux lors d'un événement d'une telle ampleur, nous avons recueilli les statistiques annuelles des Centres Hospitaliers et Universitaire Marseillais.

Il en est ressorti sur l'année 2016 que le nombre de patients opérés et hospitalisés pour fractures du massif facial était de 43.

Sur la période du 10 au 17 juin 2016, 6 patients ont été opérés. Le nombre moyen de patients opérés par semaine a été multiplié par 6 sur une seule semaine.

Discussion de l'impact en gestion hospitalière d'afflux massif de blessés.

La recrudescence des traumatismes maxillo-faciaux opérés sur la ville de Marseille sur 24 h a permis d'identifier plusieurs problèmes.

Au C.H.U de Marseille, un ancillaire d'ostéosynthèse maxillo-faciale a dû être prêté par un autre centre hospitalier pour faire face à l'augmentation brutale des fractures de mandibule. L'augmentation temporaire du stock de matériel chirurgical lors d'un événement de cette ampleur pourrait fluidifier la prise en charge et la gestion d'une recrudescence inhabituelle des traumatismes maxillo-faciaux. La prise en charge hospitalière des patients lors d'un afflux massif de blessés nécessite pour la plupart d'entre eux des soins chirurgicaux urgents sur une courte période. La stratégie de soins d'urgence est actuellement basée sur le « damage control ».

Le principe du damage control ou chirurgie d'urgence est de prévenir les conséquences délétères de l'hémorragie, notamment la survenue d'une coagulopathie, d'une acidose et d'une hypothermie qui favorise en retour le saignement.

Cette stratégie de soins d'urgence est adaptée pour l'accueil de victimes de traumatismes faciaux graves. (27)

Parmi les traumatisés faciaux graves, 4 % décèdent dans les premières heures, principalement par détresse respiratoire et hémorragie.

Pour répondre à un afflux massif de blessés graves, le ministère de la santé a développé depuis 2014 le dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles).

Auparavant, le dispositif de réponse aux situations exceptionnelles s'appuyait principalement sur les établissements de santé avec les dispositifs « plans blancs ».(28)

Le but du plan blanc hospitalier est de reconfigurer rapidement l'établissement dans une seule direction : la prise en charge de victimes en grand nombre provenant d'un même événement catastrophique.

Pour augmenter les possibilités de soins, le principe du plan blanc est d'utiliser les personnels et les moyens existants au maximum de leurs performances et ne pas hésiter à le faire aux dépens d'activités non urgentes qui peuvent être reportées. (29)

Le dispositif ORSAN possède 5 volets dont l'accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN-AMAVI »).

Il organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier de soins appropriés.

Il a vocation à être mis en œuvre de manière exceptionnelle, et principalement au niveau régional.

Le plan ORSAN été activé pour l'épidémie saisonnière de grippe de l'hiver 2014-2015, pour les attaques terroristes survenues à Paris le 13 novembre 2015 ainsi que pour l'attentat de la ville de Nice le 14 juillet 2016.

Dans le cas des événements de la nuit du 11 juin 2016 à Marseille, l'afflux massif des victimes lié à l'émeute sur le vieux port a pu être géré sans aucun déclenchement de plan blanc. Les 6 patients ont pu être opérés dans les 48 heures suivant le traumatisme subi et aucun retard de prise en charge a été noté. Cet afflux somme toute modéré, nous a fait prendre conscience de la nécessité de la mise en place d'une ligne d'astreinte supplémentaire, et rapidement disponible permettant d'optimiser la prise en charge d'afflux massif de blessés en cas d'organisation d'événement de grande ampleur.

Limitations et recommandations pour améliorer la méthodologie

Cette étude inclut uniquement les patients pris en charge sous anesthésie générale, ce qui explique le faible nombre de patients inclus.

Le nombre de gestes sous anesthésie locale n'étant pas pris en compte, notre étude met en évidence les traumatismes maxillo-faciaux sévères, mais ne traduit pas l'augmentation d'incidence des traumatismes mineurs, n'ayant pas justifié de passage aux urgences, ou pris en charge de manière ambulatoire, au maximum avec une anesthésie locale (plaies et contusions, traumatismes dentaires ...).

Cette étude porte uniquement sur les chirurgies maxillo-faciales, il pourrait être intéressant d'étendre cette étude aux interventions des autres spécialités chirurgicales en lien avec cet événement sportif.

4 Conclusion :

Nous avons cherché à illustrer la violence des émeutes entre supporters « ultra » lors de la Coupe de l'UEFA 2016.

Les grands événements sportifs concentrent de grandes foules en très peu de temps. En cas d'incident, l'afflux de victimes peut être considérable et rapide, comparable à des situations de guerre ou de catastrophe naturelle, par exemple.

Les comportements violents développés par les supporters de football, traditionnellement répertoriés sous le nom de hooliganisme, sont fortement ancrés dans l'histoire et ont une large répartition géographique.

Ces affrontements entre supporters "ultras" constituent un véritable phénomène de violence spécifique, potentiellement prévisible, et lié à la conjonction de plusieurs facteurs :

- La concentration de nombreux protagonistes,
- Leur haut degré de violence,
- Leur compétence martiale,
- La planification de leurs affrontements,
- La panique parmi la foule, aussi bien que l'infrastructure inadéquate ou le manque d'organisation.

La recrudescence épisodique des lésions maxillo-faciales rencontrées à Marseille est principalement due à la présence concomitante des hooligans russes et anglais.

Étudier l'épidémiologie des blessures liées aux supporters de football est d'une grande importance dans la prévention secondaire, les autorités devraient pouvoir anticiper les confrontations entre deux équipes bien connues pour leurs débordements de supporters.

Des conventions et recommandations européennes sur la violence et les excès des spectateurs d'événements sportifs, en particulier les amateurs de football, existent mais semblent insuffisantes.

Une amélioration de la coopération entre les États européens, y compris le partage d'informations sur les supporters violents, est nécessaire pour améliorer la sécurité et l'ordre public.

L'importance et la violence d'une seule émeute ont provoqué 6 traumatismes maxillo-faciaux nécessitant un *damage control* (chirurgie urgente sous anesthésie générale) et ont montré des lacunes dans la logistique hospitalière des soins en traumatologie.

Cette étude nous indique que pendant les rassemblements de masse d'une telle ampleur, l'anticipation des besoins matériels et humains est primordiale.

Une voie d'amélioration possible, serait l'augmentation du personnel médical sur place avec d'autres chirurgiens de l'équipe, disponibles sur appel lors d'événements comparables à la coupe de l'UEFA 2016.

D'autres études sur les incidences traumatiques orthopédiques, neurochirurgicales et/ou viscérales devraient être prises en considération.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comeron M. Hooliganisme : la délinquance des stades de football. *Déviance Société*. :18.
2. Bodin D, Robène L, Héas S. La violence des foules sportives dans l'histoire: permanences et aspects distinctifs. :7.
3. Bodin D, Robène L, Héas S. Le hooliganisme entre genèse et modernité. *Vingtième Siècle Rev Hist*. 2005;85(1):61.
4. Hourcade N. L'engagement politique des supporters « ultras » français. Retour sur des idées reçues. *Politix*. 2000;13(50):107-25.
5. Vinas carles. los origenes del hooliganismo ruso hinchas en la urss. 20 juin 2016;
6. Hourcade N. Tolérance zéro dans les stades ? : Répression ou prévention pour les supporters extrêmes. *Le sociographe*. 2012;38(2):59.
7. Hourcade N. Principes et problèmes de la politique de lutte contre le hooliganisme en Fance. *Arch Polit Criminelle*. 28 nov 2010;(32):123-39.
8. Tsoukala - 2003 - Les nouvelles politiques de contrôle du hooliganis.pdf.
9. Basson jean-charles. « L'action collective en Europe ». In. (Presses de Sciences po.).
10. Falacho laurent. Les mesures prises pour lutter contre le hooliganisme à l'épreuve des libertés publiques. *Revue du Droit Public et de la science politique en France et à l'étranger Numéro*(117 / 2001, 2, mars-avril).
11. HUSAK D. Is There Too Much Criminal Law? 6:13.
12. D'Hooghe M. Why is UEFA carrying out injury studies? *Br J Sports Med*. juin 2016;50(12):707-707.
13. Kim SY, Chan CL, Hyam DM. Facial fractures in football: incidence, site, and mechanism of injury. *Br J Oral Maxillofac Surg*. oct 2016;54(8):936-40.
14. van der Meij L, Klauke F, Moore HL, Ludwig YS, Almela M, van Lange PAM. Football Fan Aggression: The Importance of Low Basal Cortisol and a Fair Referee. van den Bos R, éditeur. *PLOS ONE*. 6 avr 2015;10(4):e0120103.
15. Pascual J. Euro 2016 : Cazeneuve dévoile le dispositif de sécurité. *Le Monde.fr* [Internet]. 25 mai 2016 [cité 18 févr 2018];
16. Euro 2016 : l'État, les organisateurs et les villes-hôtes mobilisés pour une sécurité optimale [Internet]. *Gouvernement.fr*. [cité 18 févr 2018].
17. l'Intérieur M de. Activation du Centre de Coopération policière internationale pour l'Euro 2016 [Internet].

18. Ryyänänen J, Junge A, Dvorak J, Peterson L, Karlsson J, Börjesson M. The effect of changes in the score on injury incidence during three FIFA World Cups. *Br J Sports Med.* 2013;bjsports-2012.
19. Sekulic M, Kühl S, Connert T, Krastl G, Filippi A. Dental and jaw injuries sustained by hooligans. *Dent Traumatol.* déc 2015;31(6):477-81.
20. Spaaij R. Men Like Us, Boys Like Them: Violence, Masculinity, and Collective Identity in Football Hooliganism. *J Sport Soc Issues.* nov 2008;32(4):369-92.
21. Junge A, Dvořák J. Football injuries during the 2014 FIFA World Cup. *Br J Sports Med.* mai 2015;49(9):599-602.
22. Ricbourg B, Chatelain B. Épidémiologie des traumatismes crâniens légers et modérés vus en chirurgie maxillo-faciale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2006;107(4):206–210.
23. Hourcade N. La France des «ultras». *Sociétés Représentations.* 1998;(7):n-7.
24. Foletti JM, Bruneau S, Farisse J, Thiery G, Chossegros C, Guyot L. Dépistage des facteurs de risques psychiatriques dans une population de traumatisés faciaux. Validation d'un questionnaire. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale.* déc 2014;115(6):343-8.
25. Motamedi MH, Ashuri A, Eshkevari P, Shirani G. Prevalence and patterns of combat sport related maxillofacial injuries. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3(4):314.
26. Viano DC, Casson IR, Pellman EJ. Concussion in Professional Football: Biomechanics of the Struck Player—Part 14. *Neurosurgery.* août 2007;61(2):313-28.
27. Thiéry G, Laversanne S, Haen P, Collet C, Derkenne R, Brignol L, et al. Damage control en chirurgie maxillo faciale. 2012;5.
28. Carli P. Le Plan Blanc. *J Eur Urgences Réanimation.* juill 2016;28(2-3):105-8.
29. CARLI P, TELION C. Catastrophe et Plan Blanc : comment se réorganiser en urgence ? :16.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois **déshonoré(e) et méprisé(e)** si j'y manque.

Mots clés : Traumatismes maxillo-faciaux, violence, hooliganisme

Résumé :

Introduction : Avec plus de 270 millions de spectateurs, le football est le sport le plus populaire au monde. Les événements internationaux de football génèrent de nombreuses situations à risque, notamment le hooliganisme et permettent d'analyser l'incidence et les particularités des traumatismes associés.

Nous avons cherché à souligner l'augmentation potentielle rapide et brutale du nombre de traumatismes maxillo-faciaux au cours d'une compétition à grande échelle.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective multicentrique de l'épidémiologie des traumatismes maxillo-faciaux au cours de la Coupe de l'UEFA 2016 a été menée.

Toutes les données médicales de chaque match de la Coupe du Monde de l'UEFA 2016 du 10 juin 2016 au 10 juillet 2016 ont été collectées.

Seuls les traumatismes maxillo-faciaux nécessitant une chirurgie sous anesthésie générale et une hospitalisation ont été inclus.

Résultats : 11 patients de 3 villes différentes ont été inclus. L'étiologie principale était la violence interpersonnelle (7/11), suivie des accidents de la route (3/11). La réduction avec ostéosynthèse de fractures mandibulaires était l'intervention la plus pratiquée (9/11). Les patients étaient âgés de 18 à 50 ans, avec un âge moyen de 30,6 ans.

Discussion : Cette étude souligne la violence des émeutes entre supporters « ultra » lors de la coupe UEFA 2016. Nous avons remarqué une recrudescence de traumatismes maxillo-faciaux assez sévères pour nécessiter une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. Les comportements hooligans doivent être connus de tous les praticiens traitant des soins de traumatologie, et peuvent nécessiter un ajustement transitoire de la politique de santé publique.