

Marcel ARNAUD

Créateur du Secourisme routier

« Maître d'hier pour demain »

L'apôtre des blessés de la route

• **TOUT** PREMIER -
- TÉMOIN
D'UN DRAME DE LA ROUTE
DOIT SAVOIR FAIRE,
SUR LE CHAMP,
LES ÉLÉMENTAIRES GESTES
DE **PRÉ-SECOURS**

par Didier BURGGRAEVE
Président du CAPSU

Tome IV - Décembre 2006

Ce tome est dédié au

Professeur Louis SERRE

Fondateur du premier SAMU,
à Montpellier, à partir de 1963



En première page, photo tirée d'une diapositive réalisée et utilisée par le Professeur Marcel ARNAUD pour l'enseignement du Secourisme routier (archives du Professeur Louis SERRE).

Ces « élémentaires gestes de pré-secours » ne sont-ils pas les « 5 gestes qui sauvent » ?

L'apôtre des blessés de la route



Quelques photos en souvenir de Marcel ARNAUD, à Nainville les Roches, lors de ses formations ou lorsqu'il commentait les exercices, de l'alerte à la « cueillette » et l'évacuation.

Louis SERRE, tel que je m'en souviens

Ce n'est qu'en 1997, soit vingt années après la mort du Professeur Marcel ARNAUD, que je me suis résolu à écrire et publier un premier document sur son œuvre, intitulé « MARCEL ARNAUD LE PHARE des Secours d'Urgence en France » daté de juillet 1997 et diffusé au moment où j'organisais à Marseille, une nouvelle rencontre (après l'hommage national du 18.8.1987), en ce 18 août 1997, date anniversaire.

Un exemplaire fut adressé à Louis SERRE, par la poste (le 31 juillet 1997) ainsi qu'au Docteur André SOUBIRAN ; puis au Professeur Pierre JOLIS, le 11 août. Le Professeur SERRE ne pût, en définitive, malgré son vif désir, être des nôtres à Marseille ce 17 août 1997 (un dimanche) pour cet hommage.

Après la cérémonie au cimetière de Mazargues, nous nous retrouvions et je rendais hommage à Marcel ARNAUD, en y associant l'ACMF notamment, représenté par son Président, le Docteur André SOUBIRAN.

Puis, j'appelais par téléphone le Professeur SERRE. On sentait bien et il le dira lui-même, qu'il « était triste » de ne pas être avec nous et parmi nous. Le Professeur JOLIS poursuivra la conversation avant que nous achevions cette rencontre avec les quelques amis fidèles du fondateur de la traumatologie routière* en évoquant de nombreux souvenirs.

Enseignant (bénévole) du Secourisme depuis 1967 (1), je connaissais évidemment, de nom, le Professeur SERRE car, outre la médicalisation précoce – par SMUR et SAMU (2) – il avait pris sa part afin de diffuser le Secourisme – aux professionnels, notamment les sapeurs pompiers et les ambulanciers, auxiliaires des médecins en intervention, et surtout à la masse de la population, totalement ignorante.

* Les photos prises à cette occasion seront publiées dans le 5^{ème} et dernier tome sur l'œuvre du Professeur ARNAUD (mais le récit de son œuvre et de ses actions se poursuivra dans les bulletins du CAPSU). Il existe également un petit film vidéo que nous utiliserons également pour rappeler cette date du 20^{ème} anniversaire.

(1) – Après ma formation de « Sauveteur Secouriste du travail » (SST), en avril et mai 1965, de Secouriste (de la Croix Rouge Française et de la Protection civile), diplômes obtenus en janvier 1966, Secouriste actif de la CRF, puis « spécialiste en asphyxie » en juin, aide moniteur, je devenais moniteur au sein de cet organisme en mai 1967, peu avant mon engagement de trois ans à la Brigade de sapeurs pompiers de Paris.

(2) – Le premier SMUR (appelé à l'époque « antenne mobile », puis GMUR, groupe mobile) a été mis au point (à la demande du Professeur ARNAUD) et donc expérimenté, à Salon de Provence, par le Professeur Paul BOURRET, à partir de septembre 1957, à destination des accidentés de la route. (Voir tome I).
Le premier SAMU (de « système », c'est « service » qui fut définitivement retenu me dira Louis SERRE), avec les interventions secondaires qui devaient être coordonnées, suivies et anticipées pour l'hospitalisation après intervention, a été « inventé » par le Professeur Louis SERRE, à Montpellier, au-delà des accidentés de la route ; ensuite pour le département de l'Hérault, à partir de 1963. Ces deux structures expérimentales sont ainsi devenues des références.

> Voir en fin de dossier abréviations des organisations.

Dans le tome I que Louis SERRE a pu lire, (dédié au Professeur Paul BOURRET), on y trouve des témoignages ainsi que des documents qui confirment le rôle majeur du Professeur Marcel ARNAUD pour « médicaliser » les secours aux « blessés de la route », titre de son ouvrage paru en 1961.

Afin d'éviter toute discussion (provenant parfois de médecins qui peuvent s'étonner qu'un « non » médecin puisse* rappeler l'œuvre de Marcel ARNAUD, j'insérais au début de ce premier tome la lettre que m'avait adressée le Professeur ARNAUD, en date du 20 novembre 1976 (1), qui me donnait son accord afin de « publier ses réflexions, sous sa signature » ; ce que je faisais alors et continue de faire, depuis, afin de rappeler son œuvre, entamée à partir des années 50.

Depuis ce tome, j'ai pu recevoir les archives de Marcel ARNAUD des mains du Docteur François NEUVEUX (en 1998), après l'avoir rencontré à Marseille le 17.8.1997. C'est pourquoi, évoquant le « Congrès français de chirurgie de 1957 », que l'on peut considérer comme la date fondatrice de la doctrine de Marcel ARNAUD (médicalisation des secours aux « blessés » de la route qu'il nommera « polytraumatisés », accueil des hôpitaux, création du secourisme routier notamment pour les services de secours, au premier rang les sapeurs pompiers), je peux maintenant publier des documents inédits, de sa main, qui explicitent dans le détail ce qu'il a écrit dans son livre de 1961 puis dans le « précis de secourisme routier » de 1971 (voir bibliographie).

C'est le choc sur la RN 7 à 18 kilomètres d'Aix en Provence, qui fera basculer le chirurgien chef des hôpitaux de Marseille dans ce combat à entreprendre afin de sauver ces « blessés » de la route qui meurent faute d'être secourus à temps (certes par les services dits publics, mais aussi, par les témoins sur place).

Prenant sa retraite hospitalière, Marcel ARNAUD, engage cette nouvelle action, prolongement de son métier de neurochirurgien. Il l'avait préparé car, Louis SERRE me confirma que, si « Les blessés de la route » ne paraîtra « qu'en » 1961, il avait rédigé l'ouvrage « bien avant ».
On comprend donc mieux son « appel » lors du Congrès de chirurgie en 1957.

Dans ce tome I de 1997, dédié au Professeur BOURRET, je citais, dans un ordre non déterminé, la plupart de ceux que l'on peut considérer comme des disciples de la doctrine de Marcel ARNAUD : le Professeur Pierre JOLIS, M. Robert DEJOUR (SRF), le sous préfet ARRIGHI (Marseille), le Médecin de sapeurs pompiers Pierre DUFRAISSE (Avignon) et enfin le Professeur Louis SERRE, probablement l'un des plus proches qui appliqua sur le terrain la médicalisation « pensée » par le Professeur ARNAUD. Puis le Docteur Charles PRIM (Var), René COIRIER (ministère de la Santé)...

* Ce fut le cas du MEDEC en 1992 lorsque, invité par le Docteur André SOUBIRAN, Président de l'ACMF, l'hommage que je rendais au Professeur ARNAUD en évoquant les « 5 gestes qui sauvent », fut critiqué par le Professeur HUGUENARD « lassé de ces hommages répétitifs » (?).

(1) – Je dois rappeler que c'est dès 1972 (sa lettre du 6 juillet 1972) que le Professeur ARNAUD voulut bien m'apporter ses conseils et quelques correctifs à apporter au projet de brochure « 5 gestes qui sauvent », pour la première édition, et ainsi confirmer son soutien à la campagne et au concept. Comment ne pas être fier et honoré de ce parrainage exceptionnel ?

Avec le fléau des accidents de la route, cette action était dirigée vers les « blessés de la route », ce que fit le Professeur BOURRET à Salon de Provence (à partir de 1957), avec le GMUR (SMUR) puis, en l'étendant à d'autres détresses, et pas uniquement aux interventions dites primaires (directement sur les lieux de la détresse, par exemple le bord de la route), mais pour les transports dits secondaires, avec le transfert médicalisé vers un autre spécialisé ou mieux équipé, ce qui (à partir de 1963, pour Montpellier, devint le SAMU, avec le Professeur Louis SERRE, anesthésiste réanimateur, également un formidable organisateur).

Dans le tome I, par un texte du Professeur BOURRET (« Historique des secours d'urgence : les premières expériences françaises des secours médicaux » - Revue des SAMU 1977 – pages 112 à 114), l'œuvre du Baron LAREY est rappelée (ce que fera ensuite le Docteur André SOUBIRAN dans ses textes sur l'action de Marcel ARNAUD); et mentionne la création, en 1956, du « premier transport médicalisé » réalisé à Paris par le Professeur Maurice CARA, pour le transfert des poliomyélitiques vers des centres spécialisés. Il cite également le Professeur Alain LARCAN (Nancy), avec le « service SOS », organisé avec les sapeurs pompiers (dès 1962) une année environ après le système du Docteur DUFRAISSE dans le Vaucluse, toujours avec les sapeurs pompiers (Voir tome II).

Il faut rappeler que l'objectif du Professeur ARNAUD était bien les « secours d'urgence » (qu'il dénommait le « prompt secours au bord de la route ») aux victimes de la route ! L'hécatombe progressait d'année en année et, au-delà de la mortalité annuelle, il y avait les blessés dits graves avec leurs infirmités à vie ou des paralysies partielles ou totales !

Après le texte du Docteur DUFRAISSE est inséré celui de Louis SERRE sur le « secours sauvetage » (également médecin des sapeurs pompiers), présenté comme Professeur à la faculté de médecine de Montpellier et médecin chef départemental. Louis SERRE m'avait expliqué qu'il avait insisté auprès du Professeur ARNAUD, pour qu'au-delà de la traumatologie routière, l'aspect réanimation soit intégré. Le terme fut repris pour désigner les SMUR (le R).

Le Professeur BOURRET signale bien que Montpellier, avec son organisation, deviendra « pour l'ensemble des secours d'urgence un modèle ». Et il achève son texte paru dans la revue des SAMU en 1977 par : « C'est ce qui aboutit à la création des SAMU à l'exemple de celui qui avait fonctionné le premier dans la région de Montpellier, sous la direction du Professeur SERRE, et qui ont vu se généraliser cette organisation qui commence à recouvrir la France de ses mailles ».

C'est en octobre 1982 que je demandais au Maire de Lys lez Lannoy de donner le Nom du Professeur ARNAUD à une rue de la commune (que Louis SERRE viendra inaugurer le 28 avril 1985).

Et c'est le 18 juillet 1984, de passage à Marseille, que je me rendais au 57 rue Dragon, sa dernière adresse et que je me recueillais pour la première fois devant la tombe, anonyme, de l'inventeur de la traumatologie routière.

Certes, mon premier contact avec le Professeur SERRE, fut celui de Mâcon, lorsqu'il était venu nous parler de « réanimation », pour nous, secouristes, moniteurs et instructeurs en « ranimation ». C'était en 1975 lors de mon stage d'instructeur au sein de la FFSS (à laquelle étaient affiliées mes « équipes SOS » créées dans toutes les communes autour de Roubaix ; Pierre BLAHA était parmi nous (il passait son monitorat).

Mais il me rappela lui-même qu'il était dans la salle, en ce 3 mai 1971 à Paris, avec Marcel ARNAUD, conférence au cours de laquelle, grâce à mon ami Paul REYNAËRT, j'avais pu obtenir un temps de parole. Il me répéta au moins deux fois que Marcel ARNAUD lui avait dit « Ce jeune là, il faut l'aider ». Et le Professeur ARNAUD, dans son intervention, remercia « son élève » de son intervention (afin d'apprendre les « 5 gestes » à tous les usagers de la route). Louis SERRE me connaissait donc depuis longtemps !

Il nous avait (les moniteurs de l'ASAR) accueillis au sein de « son » SAMU, à Montpellier, le 20 octobre 1984. Nous avons plusieurs photos de ce moment inoubliable (également dans le présent tome). Pierre BLAHA était également avec nous. Et c'est lors de ce congrès de l'ANIMS que le Professeur SERRE apporta publiquement son accord pour une formation pratique pour le permis de conduire (Mais faut-il rappeler que Louis SERRE, ainsi que le Docteur PRIM, avaient animé à Toulon, en... 1972 (!) une conférence sur les « 5 gestes qui sauvent » à l'initiative de l'ANUR) ?

Ainsi, dès ce tome I*, Louis SERRE est très présent et je suis heureux qu'il ait pu y déceler l'admiration que nous lui portions, notre reconnaissance pour son œuvre. C'est à lui que je fis appel afin d'inaugurer la première rue de France portant le nom de son ami, Marcel ARNAUD.

Ce « don de soi désintéressé » dira Louis SERRE, pour la citation que je lui demandais pour le carton d'invitation du 27 avril 1985. Ce qu'il fit, vraiment, lui-même pour sa propre action. Il y avait de l'émotion ce jour là pour « cette petite rue pour un grand homme ».

* Le tome I (dont un exemplaire est visible à la bibliothèque municipale de Lys lez Lannoy) sera mis en ligne sur le site du CAPSU en 2007. Les originaux sont conservés dans les archives de l'association et un exemplaire comme document de travail, disponible en lecture.

Les dates clés de Marcel ARNAUD sont faciles, désormais, à reconstituer :

- **1954** : Témoin d'un accident sur la RN 7 à 18 km d'Aix en Provence. Année de création du « Comité National du Secours Routier Français ».
- **1956** : Le Professeur ARNAUD prend contact avec le Secours Routier. (Cf. lettre de son Président, M. Marc EYROLLES, du 21 avril 1985 au Professeur SERRE, adressée à l'ASAR). Il offre son concours bénévole.
- **1956** : Marcel ARNAUD commence la rédaction de son ouvrage « Les blessés de la route ». Création de la traumatologie routière et du concept de la médicalisation précoce (des blessés de la route).
- **1957** : Expérimentation de la médicalisation des secours aux blessés de la route par le Professeur Paul BOURRET, à l'hôpital de Salon de Provence (A la demande du Professeur Marcel ARNAUD me confirma Paul BOURRET – suite à ma question « Pourquoi à Salon » – le 18 août 1987 à Marseille). Cri d'alarme du Professeur ARNAUD au Congrès de chirurgie. Il crée la notion de « polytraumatisé » de la route. Et l'argumente.
- **1958** : Création (effective) du Secourisme routier (à Nainville les Roches – Cf. texte de Louis SERRE à la mort de Robert DEJOUR en 1981 – Revue « La Route », n° 77, 3^{ème} trimestre 1981 – Voir tome III).
- **1959** : Marcel ARNAUD prend contact avec l'Automobile Club Médical de France et « fonde », avec l'ACMF, les « Assises sur les accidents de la route » (Cf. textes du Docteur André SOUBIRAN dans la revue de l'ACMF). Et documents dans les archives du Professeur ARNAUD.

- **1961** : Publication de son livre « Les blessés de la route » Editeur : PLON. Marcel ARNAUD prend sa retraite à l'hôpital de la Conception à Marseille (Texte de son allocution lors de son départ, le 21 décembre 1961, copie remise par le Docteur NEUVEUX – archives du Professeur ARNAUD).
- **1963** : Expérimentation de la coordination de la médicalisation des secours (soins), entre les intervenants (SMUR) et les hôpitaux (organisation), à Montpellier, puis pour le département de l'Hérault, par le Professeur Louis SERRE.
- **1964** : Diffusion du Secourisme routier, comme un secourisme particulier adapté aux blessés de la route. Formation des médecins de sapeurs pompiers puis des moniteurs de Secourisme, par des stages à l'école de Valabre et à Nainville les Roches (école nationale). Voir plus loin la partie « Secourisme routier ».
- **1965** : Diffusion de l'enseignement du Secourisme routier au sein des écoles départementales de la Protection Civile, en plus des deux centres principaux : Valabre et Nainville les Roches.
- **1970** : Je rencontre le Professeur Marcel ARNAUD à Châtel Guyon, au CREPS, où je suis durant une semaine, en avril, son enseignement afin de venir moniteur de cette discipline.
- **1971** : Publication du « Précis de Secourisme routier » en collaboration avec le Médecin Général GENAUD, le Médecin Colonel DUFRAISSE, le sous préfet ARRIGHI et le Capitaine RAVOT – Editions France Sélection. Je retrouve le Professeur ARNAUD à Paris, le lundi 3 mai, au cours d'une conférence sur les secours aux accidentés de la route organisée par l'UNPC (avec Pierre BLAHA) ; Nouvelle rencontre, lors d'un stage de « pédagogie du secourisme », à Nainville les Roches, du 22 au 24 septembre ; puis dans le Nord (Ecole de Saint Amand les Eaux), le 4 octobre, recyclage des moniteurs de secourisme ; enfin à nouveau à Saint Amand, le 7 décembre, lors d'un stage de formation de moniteurs de secourisme routier.
- **1972** : Le Professeur ARNAUD apporte ses observations et son agrément à la brochure « 5 gestes qui sauvent » et ses encouragements pour la campagne nationale qui se prépare. (Robert ARDOINO, Président de l'ANUR, l'avait rencontré à Valabre l'été 1972 où il lui avait dit (Voir son témoignage, tome III : « Bien conçu, bonne présentation, lisibilité facile, correspond pleinement après quelques retouches éventuelles »). Puis correspondances échangées avec lui jusqu'à sa mort le 18 août 1977.

Les hommages au Professeur Marcel ARNAUD :

- Hommage public de Didier BURGGRAEVE lors du Congrès de l'ANIMS à Croix (agglomération de Roubaix) en octobre 1982.
- Hommage public de Didier BURGGRAEVE lors du Congrès de l'ANIMS à Montpellier en octobre 1984 en présence du Professeur Louis SERRE.
- Inauguration par Louis SERRE de la première rue au Nom du Professeur Marcel ARNAUD, à Lys lez Lannoy, le 28 avril 1985. Hommage renouvelé dans la rue et à l'hôtel de ville le 18 août 1985 avec le Docteur André SOUBIRAN. Voir tome I.
- Eloge du Professeur Marcel ARNAUD, par le Médecin Colonel Pierre DUFRAISSE, lors de la 16^{ème} promotion des officiers de sapeurs pompiers professionnels, à l'école nationale de Nainville, avec comme nom de baptême « Professeur Marcel ARNAUD, pionnier du secourisme routier et de la médicalisation des secours d'urgence », le 10 juillet 1986.
- Inauguration par le Docteur André SOUBIRAN, Président de l'ACMF, de la seconde rue au Nom du Professeur Marcel ARNAUD, à Hem, le 28 septembre 1986. Voir tome II.
- Hommage national à Marseille, au cimetière de Mazargues, le 18 août 1987, en présence du Professeur Robert VIGOUROUX, Maire de Marseille, des Professeurs Paul BOURRET, Maurice CARA, Pierre JOLIS, Louis SERRE, le Médecin Colonel Pierre DUFRAISSE, Joseph GALLEGRO, le sous préfet ARRIGHI (Voir tome III).

- Inauguration par le Médecin Colonel de sapeurs pompiers Michel HERAUT de la troisième rue au Nom du Professeur Marcel ARNAUD, à Roubaix, le 10 octobre 1987 (Tome III).
- Inauguration par le Professeur Maurice CARA de la quatrième rue au Nom Professeur Marcel ARNAUD, précurseur des SAMU, à Leers, le 9 octobre 1988. (Ce tome IV).
- Sortie d'un document par l'ASAR (Association des Secouristes de l'agglomération de Roubaix) « Les principes du Secourisme routier », en novembre 1989.
- Création d'une rue Professeur ARNAUD à Marseille en 1989 et à Salon de Provence en 1992.
- Tome I : MARCEL ARNAUD LE PHARE des Secours d'urgence en France. Juillet 1997 – CAPSU – Dédié « A Paul BOURRET, Fondateur du premier SMUR, avec notre reconnaissance ». 126 pages.
- Tome II : Marcel ARNAUD LA PROVIDENCE des blessés de la route, dédié au Médecin Colonel de sapeurs pompiers Pierre DUFRAISSE, « Médecin de l'urgence au secours des accidentés de la route. Disciple de Marcel ARNAUD ». 163 pages.
- Tome III : Marcel ARNAUD Fondateur de la traumatologie routière, Précurseur des SMUR et des SAMU – Septembre 2003 - CAPSU – Dédié à Monsieur Robert DEJOUR, fondateur de « La Route » revue du Secours Routier Français, en 1961. « Il oeuvra pour améliorer les secours aux accidentés de la route... la formation du public aux « premiers gestes qui sauvent ». Il aida particulièrement le Professeur ARNAUD ». 269 pages.
- Création d'une rue Professeur Marcel ARNAUD – Précurseur des SAMU, à Wasquehal (Nord) en 2003 (lieu de création, en 1969, des « ESPC », première association à prendre le relais de la campagne pour la diffusion des « 5 gestes qui sauvent »).

Et en fin de ce tome I, comment ne pas évoquer la cérémonie de remise de l'ordre national du Mérite à Louis SERRE, en 1971, en présence du Professeur ARNAUD, de René COIRIER, Robert DEJOUR et du Professeur SICARD ?

Comment comprendre, depuis 1971, et avant sa mort le 11 novembre 1998, que Louis SERRE ne reçoive pas, au moins, la Légion d'Honneur ?

Avec une photo où l'on reconnaît les personnalités citées ci-dessus, c'est la revue du SRF « La Route » qui rend compte de la cérémonie et nous rappelle les dates essentielles de la carrière du « Professeur agrégé Louis SERRE, né en 1925 ».

Et dans une intervention, en septembre 1984, lors des « Assises de médecine du trafic », le Professeur SERRE, en parlant des « cinq premières minutes », indique, outre l'alerte, point capital :

« La qualité du témoin permet une libération des voies aériennes, une ventilation, un arrêt des grosses hémorragies externes », ce qui, en y ajoutant le « balisage » c'est-à-dire la protection des lieux de l'accident de la route et des victimes, représentent exactement les « 5 gestes qui sauvent ».

Quelques témoignages et commentaires à la suite de la diffusion du tome I, entre août 1997 (sa sortie) et, progressivement, au cours de l'année 1998 :

Le 24 septembre (date anniversaire des « 5 gestes ») 1997, j'adressais, au nom du CAPSU, à tous les députés, une lettre accompagnée de la première proposition de loi, déposée par le député Patrick DELNATTE, pour la formation aux « 5 gestes » des candidats aux permis de conduire, ainsi qu'une brochure – édition 1993, ACMF.

Parmi les parlementaires qui répondront, la lettre du 14 octobre 1997 – ci après – de Madame Hélène MIGNON, députée de la Haute Garonne. Elle cite le Professeur Louis LARENG « père » du SAMU en France.

En lui répondant le 30 décembre 1997, je me devais de rectifier son affirmation à propos du Professeur LARENG. Ce dernier en effet a mis en place le SAMU de Toulouse, puis, devenu député de ce département a contribué activement à l'élaboration de textes sur la médicalisation, donc les SAMU et le numéro d'appel 15.

Hélène MIGNON
Député de la Haute-Garonne

Seysses, le mardi 14 octobre 1997

C.A.P.S.U.
Monsieur Didier BURGGRAEVE

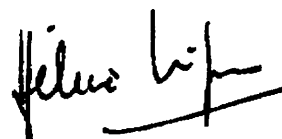
59390 LYS LEZ LANNOY

Monsieur le Président,

J'ai lu avec intérêt les documents que vous m'avez adressés.

Je ne manquerai pas d'en parler lors de notre prochaine rencontre avec le
Professeur Louis LARENG, "père" du SAMU en France.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments
les meilleurs.



Hélène MIGNON

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 30 décembre 1997

Madame Hélène MIGNON,
Député de la Haute-Garonne,
11 rue du Parc,
31600 SEYSSES

Madame le Député,

J'ai bien reçu et je vous en remercie votre lettre du 14 octobre faisant suite à l'envoi par le CAPSU de la proposition de loi de M. Patrick DELNATTE, Député du Nord, visant à la formation pratique aux 5 GESTES QUI SAUVENT des candidats à tout permis de conduire.

Cette action, vous le comprenez, est totalement apolitique. Le seul but est d'épargner des vies humaines, sur nos routes, et nous le pouvons par cette formation systématique des usagers de la route. J'espère que vous voudrez bien la cosigner.

Dans votre lettre vous citez le Professeur Louis LARENG "père" du SAMU en France.

Je connais effectivement le Professeur LARENG, fondateur du SAMU de Toulouse, comme le Professeur Louis SERRE fondateur du SAMU de Montpellier ou le Professeur Maurice CARA, fondateur du SAMU de Paris, etc.

Toutefois, le précurseur est le Professeur Marcel ARNAUD qui, pour mettre en place son idée avait demandé à son élève Paul BOURRET de Salon-de-Provence, de tenter une expérience de médicalisation des secours aux blessés de la route (c'était en 1957).

Je vous remets ci-inclus un dossier hommage à Marcel ARNAUD qui vous apportera des précisions utiles. Je vous remercie justement de le faire suivre au Professeur LARENG à qui il était destiné.

Je vous prie de croire, Madame le Député, en l'expression de mes sentiments les meilleurs

Didier BURGGRÆME
Président

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention

- déclarée en Préfecture du Nord -

C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

C.A.P.S.U.

**Conseil d'Action pour la Prévention des
Accidents et les Secours d'Urgence**

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 21 décembre 1997

Monsieur Roger HANTZ,
8 rue du dauphiné,
91300 MASSY

Mon Cher Roger,

Le temps passe mais je ne t'ai pas oublié !

J'ai le plaisir de te faire parvenir un exemplaire du premier tome rédigé à la mémoire et pour rappeler l'action du Professeur Marcel ARNAUD.

Comme je l'indique dans la dédicace, je me souviens bien que tu auras été le seul, avec M. LAURENT-PERUSSEL à défendre le projet des 5 GESTES QUI SAUVENT à apprendre à tous les usagers de la route au moment de la préparation des permis de conduire.

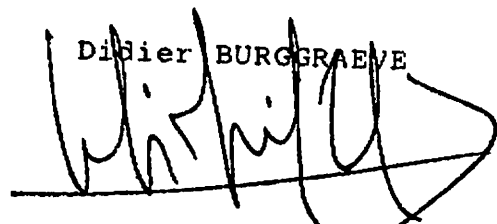
Devant la carence des pouvoirs publics et l'incohérence des décisions prises en matière de Secourisme, j'ai trouvé un député qui a bien voulu déposer une proposition de loi.

La parole est désormais aux représentants de la population et le CAPSU a écrit à tous les députés afin de cosigner ou de soutenir par tous les moyens cette proposition.

Je suis certain que cette information te fera plaisir et j'espère recevoir tes observations sur le document hommage à Marcel ARNAUD.

Te souhaitant en bonne forme, je te prie de croire, Mon Cher Roger, en mes meilleurs sentiments.

Didier BURGRAEVE



Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

ASSOCIATION DES MONITEURS DE SECOURISME D'ILE-DE-FRANCE

Secrétariat Général :

Roger Hantz
8, rue du Dauphiné
91300 MASSY

26 DEC. 1997

Monsieur Didier Burggraeve

PRESIDENT du C.A.P.S.U.

59390 LYS-lez-LANNOY

Cher Ami,

Très heureux d'avoir de tes nouvelles, je t'adresse toutes mes félicitations pour ton ardeur au combat mené en faveur des "5 GESTES QUI SAUVENT" dont le programme est cher à tous les Secouristes convaincus.

Les années passent et je me souviens de ma prise de contact, à BLOIS, avec le Professeur ARNAUD, notre Maître en matière de premiers Secours .


Mais l'inertie des uns (la majorité) et l'installation des autres (qui redoutent le déboulonnement de leurs position !) sont les deux blocs qui, à mon sens, n'ont pas permis la réalisation d'un programme pourtant simple, à la portée de tous.

Je suis, maintenant, après quelques **décennies** de Secourisme (mon adhésion aux SECOURISTES FRANCAIS en 1938 qui deviendrait Fédération de la Croix blanche), un vieux monsieur qui essaie de rendre service en gérant bénévolement une petite Association affiliée à la F.F.S.S.

Inutile de te préciser que je serai très heureux de voir l'aboutissement des travaux consacrant la mise en place de ce secourisme routier (Accidents encore trop nombreux sur la Route).

Merci à toi de te souvenir de nos travaux et surtout de ton opiniâtreté dans ce combat souvent inégal .

Bonne nuit
Avec amicalité

 Roger HANTZ

20, rue de Nancy

69 30 28 03

A.M.S.I.F., 60, allée de Stalingrad, 94170 LE PERREUX SUR MARNE Téléphone : (1) 48 72 71 98
Association sans but lucratif régie par la Loi de 1901 - Inscrite sous le n° 75 344 J.O. 8-9-76

Affiliée à la Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme

012

C.A.P.S.U.

**Conseil d'Action pour la Prévention des
Accidents et les Secours d'Urgence**

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 4 juillet 1998

Mademoiselle Ida GUINOT,
Fédération Nationale de
Protection Civile,
Direction de la Sécurité civile,
Quai du Docteur DERVAUX,
92600 ASNIERES

Chère Amie,

Je ne manque pas de vous faire parvenir le tome I
du dossier-Hommage réalisé pour rappeler l'oeuvre
du Professeur Marcel ARNAUD.

Je n'ai pas oublié votre venue ici, à Lys lez Lannoy,
en 1985, pour l'inauguration de la lère rue de France
portant son Nom et qui est relatée dans ce premier
document.

Un Hommage lui a été rendu le dimanche 17 août 1997
à Marseille, au cimetière de Mazargues, comme en
1987 où la Fédération, à l'époque, avait été repré-
sentée par le Professeur Louis SERRE.

J'ai conservé le contact avec Louis SERRE que j'ai
rencontré en février, chez lui, dans la région Nîmoise.
Je le tiens informé de nos actions, toujours dans l'es-
prit de Marcel ARNAUD.

J'espère que ce dossier que j'adresse donc à la FNPC
vous parviendra et je vous remercie de me faire connaître
vos observations.

Je suis preneur de tout document sur l'oeuvre de Marcel
ARNAUD en vue des prochains tomes.

En vous souhaitant en bonne forme, je vous prie de
croire, Chère Amie, en mes meilleurs sentiments.

Didier BURGGRÄVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

Mais, si nous revenons au début de cette épopée, s'agissant de la médicalisation, c'est bien le Professeur Marcel ARNAUD qui doit être considéré comme le « père » de ce concept, avec, pour expérimenter l'intervention primaire, puis la coordination, ses deux plus proches collaborateurs, les Professeurs Paul BOURRET à Salon de Provence pour le SMUR et Louis SERRE à Montpellier pour le SAMU.

Et je remettais à Madame MIGNON le tome I en lui proposant de le faire suivre au Professeur LARENG. Il n'y eut plus de réponse de la députée, ni aucune observation du Professeur LARENG.

Egalement, j'avais adressé le tome I à Roger HANTZ, que j'avais connu à la Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS) au début des années 70. Par ma lettre du 21 décembre 1997, je lui rappelais que je n'avais pas oublié qu'il avait été le seul, avec Jean LAURENT PERUSSEL, Président Fondateur de l'UNPC (Union Nationale de Protection civile), à défendre l'idée d'une formation pour les candidats aux permis de conduire, lors d'une réunion plénière de la Commission Nationale de Secourisme, en 1984.

Enfin, j'adressais le tome I à Ida GUINOT, alors présidente de la FNPC ; Mais aucune suite...

Le tome II

Diffusé à partir de février 1999 (le 19 février au Docteur SOUBIRAN Président de l'ACMF qui avait financé sa réalisation), il rendait hommage à Louis SERRE décédé le 11 novembre 1998.

Je publiais la lettre qu'il avait tenu à m'adresser personnellement, après la lecture du tome I, postée de Saint Laurent le minier le 4 août 1997. Ce témoignage de sa main illustre parfaitement l'état d'esprit du Professeur Louis SERRE, durant toute sa vie, vis-à-vis du Professeur Marcel ARNAUD :

« ... que de moments ces documents nous ont fait revivre. Valabre qu'il fit créer. Nainville avec les premiers stages de Secours Routier avec la participation de Robert DEJOUR et l'ami Jolis entre autres sans oublier le Préfet Arrighi, le préfet Perreau Pradier, le docteur Pierre Dufraisse. En espérant pouvoir venir à Marseille le 17 août je vous prie d'accepter mes sentiments les plus cordiaux ». Signé Louis SERRE.

Dans ce tome, Louis SERRE est de nouveau très présent. On le retrouve par exemple sur une photo d'un stage de « secours routier » (pour des médecins de sapeurs pompiers), en juin 1975 avec le Professeur ARNAUD et le Médecin Colonel DUFRAISSE.

C'est bien Louis SERRE qui rendit l'un des plus beaux hommages à Marcel ARNAUD après sa mort, dans la revue « La Route ». Il reprit sa dernière phrase pour la mettre en exergue sur le carton d'invitation pour la cérémonie de Lys lez Lannoy en 1985.

Parmi les destinataires de ce tome II qui me répondirent, Jean MORTIER, un ancien du Secourisme, alors délégué pour le département du Nord de l'ANIMS. Beaucoup, pourtant concernés, ne répondent pas. Il avait transmis le tome I au Président, le Médecin Général NOTO, mais n'avait reçu aucune réponse... C'est donc tout naturellement qu'il conservera pour lui ce tome II « qui me servira de référence pour mes archives », écrira t'il.

M. MORTIER, qui nous quittera quelques années plus tard, aura été un ardent militant du Secourisme. Il était parmi nous en 1986 pour l'inauguration de la seconde rue à Hem. Il rappelle dans sa lettre du 25 juillet 1999 cette présence, notamment lors de la visite effectuée chez les sapeurs pompiers de Lille (Voir tome II).

Louis SERRE, lors de nos conversations à Saint Laurent le Minier, son village (voir plus loin), m'avait parlé du Médecin Général Henri JULIEN. Ce dernier était très impliqué dans le Secourisme, ancien médecin chef de la BSPP, il faisait partie de la commission nationale de Secourisme, a participé à l'élaboration des réformes successives, et fait aujourd'hui partie de « l'observatoire » qui remplace la CNS.

Le Professeur SERRE m'avait appris que le Docteur JULIEN, alors aspirant, avait suivi l'enseignement du Professeur ARNAUD, avec des exercices sur les quais de la Seine, organisé par le Secours Routier Français avec Robert DEJOUR. C'est très curieux que le même Médecin Général JULIEN* soit si discret voire n'évoque pratiquement jamais l'œuvre de Marcel ARNAUD.

Ma lettre du 1^{er} mars 1999, ci-après, est utile au débat d'aujourd'hui et sur l'historique de la création de la médicalisation des secours.

Jean MORTIER - Délégué ANIMS 59
185, rue de Loffre - 59287 LEWARDE
Tél : 03 27 98 03 63 - Fax : 03 27 96 81 25

Lewarde, le 25 juillet 1999

Monsieur Didier BURGGRAEVE
Président du CAPSU
Résidence Auteuil - rue Jean Jaurès
59390 LYS LES LANNOY

Cher Ami,

C'est avec un grand intérêt que j'ai lu le tome 2 dédié au Professeur ARNAUD, comme je l'avais fait pour les documents que j'ai envoyés au Médecin Général NOTO, le 23 juin 1997, ainsi que le tome 1, préparé pour M. Michel THEVENET le 15 mai 1998, mais envoyé le 26 août 1998, après ma sortie de l'hôpital. Je lui avais demandé d'en prendre connaissance avant de le remettre au Général. Je n'ai jamais eu de répercussion de ces envois. C'est pour cette raison, que suite à votre accord, je garderai, pour moi, ce tome 2, qui me servira de référence pour mes archives. C'est vraiment un grand hommage que vous faites à Marcel ARNAUD, qui a tant fait pour le secourisme, et en particulier pour les polytraumatisés de la route.

Je vous joins quelques photocopies qui vous montreront que j'ai toujours "marché" dans le même sens que le Professeur, en particulier avec ce vieux J7, acheté en 1980, à la limite du possible, car l'association n'avait que peu de ressources. J'ai réparé la carrosserie avec des morceaux de tôle, aidé de quelques secouristes, puis, seul, j'ai aménagé tout l'intérieur, à mon idée, pour le rendre le plus performant possible, pour avoir "tout sous la main en allant près du blessé ou du malade". Ce n'était plus le blessé que l'on ramenait sous la tente, ou dans le local pour le soigner. C'était le véhicule qui allait près du blessé, avec TOUT le matériel, casiers autobloquants de chaque côté renfermant tout le petit matériel de nettoyage et soins, brancard, matelas coquille, portoir à lames' attelles gonflables sous les sièges arrière (où je suis assis ainsi que ma fille), oxygène derrière le siège passager, ..., On pouvait entrer le blessé pour le protéger des intempéries ou des regards indiscrets avec les rideaux coulissants aux fenêtres. Ce véhicule n'était pas autorisé à transporter les blessés, mais il a été de service avec de nombreuses interventions, pour les centaines de postes de secours réalisés. Quand ce J7 s'est désagrégé, nous en avons racheté un autre du même type, et j'ai transféré toute l'installation intérieure en la réadaptant et en modernisant. Malheureusement tous les frais étaient supportés par l'association, et, pour pouvoir y subvenir, les postes de secours étaient pratiquement tous "gratuits", je faisais le ramassage des bouteilles, et le tri chez moi. Quand je n'ai plus su m'occuper des bouteilles, après mes infarctus, personne n'a osé prendre cette charge, je suis très astreignante, et nous avons vendu le J7. Nous étions revenu à la tente, faute d'argent.

Photocopie des participants à mon stage de Nainville les Roches de septembre 1972 réservé aux Directeurs Urbains, (que j'ai été de 1962 à 1970) et aux chefs de districts de la Protection Civile (nommé adjoint, responsable des secouristes de l'arrondissement en 1970),

Photocopie de la page 36 de la vie du club à la fin de votre tome 2. On peut m'apercevoir lors de la démonstration du Médecin Colonel Poulain

Je me permets de vous renouveler mes félicitations pour l'hommage que vous rendez à Marcel ARNAUD. Il a bien mérité que l'on pense toujours à lui.

Veillez recevoir l'assurance de mes sincères salutations amicales.


J. MORTIER

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 1er mars 1999

Monsieur le Médecin-Général
Henri JULIEN,
Ecole Nationale de spécialisation
du service de santé de
l'Armée de terre,
Quartier Beaumanoir,
B.P. 466,
22108 DINAN Cedex

Mon Général,

Lors de mes conversations avec le Professeur Louis SERRE qui vient hélas de nous quitter, nous avons parlé de vous, à deux reprises au moins, en évoquant l'oeuvre de Marcel ARNAUD.

Il m'avait dit - et donc redit - que vous aviez suivi l'enseignement du Professeur ARNAUD en Secourisme routier, lorsque vous étiez aspirant, sous l'égide du Secours Routier Français à l'époque.

Je lui avais demandé s'il en était sûr car vous citez rarement le Professeur ARNAUD et je m'étais permis de vous le faire remarquer (en 1992) lorsque vous aviez fait paraître un texte sur les secours d'urgence dans "Allo 18" en vous rappelant l'oeuvre de précurseur du Professeur Paul BOURRET en 1957 à Salon de Provence (pour la médicalisation des secours aux accidentés de la route).

Et Paul BOURRET m'avait dit en 1987 à Marseille que c'était le Professeur ARNAUD qui lui avait demandé de conduire cette expérience à Salon d'où il était, commune moyenne qui permettait une telle expérimentation.

Je n'avais pas pu assister et je le regrette, étant à l'étranger, au MEDEC 1997, au cours duquel vous aviez évoqué le projet (depuis concrétisé par un A.M.) d'une

.../...

formation complémentaire "premiers secours sur la route".

Je ne suis pas - et nous ne le sommes pas du tout au CAPSU - hostiles à cette nouvelle formation qui s'adresse aux professionnels de la route. Tout ce qui peut être fait pour développer le Secourisme et notamment la conduite à tenir en cas d'accident de la route est toujours un plus !

Toutefois, pour toucher le grand public et en particulier l'ensemble des usagers de la route, cette formation n'est pas utilisable. Il faut réduire le message destiné au grand public à l'essentiel et limiter les gestes qui doivent être accomplis uniquement à ceux qui vont empêcher les blessés de la route de mourir sur place, avant l'arrivée des secours.

Le Médecin-Général GENAUD aimait à rappeler qu'il n'y avait en réalité que 2 extrêmes urgences : l'asphyxie et l'hémorragie.

Et le Professeur ARNAUD, dans le texte récapitulatif de la chaîne des secours rappelait (document joint) que le "pré-secours" est le fait de TOUS, c'est à dire du public, des passants, des témoins...

Et en rappelant les 3 gestes essentiels (P.L.S, ventilation et compression des hémorragies) avec le "Protéger" (balisage) et l'alerte, il confirmait la direction à donner à l'éducation du grand public représentée par le projet des 5 GESTES QUI SAUVENT.

C'est pourquoi, en vous adressant bien volontiers le tome II écrit à la mémoire de Marcel ARNAUD "La Providence des blessés de la route", je vous demande de réfléchir sur la nécessité de trouver une solution car nous ne pourrions pas, continuellement, écarter les usagers de la route de la connaissance pratique de la conduite à tenir en cas d'accident.

Des spécialistes avaient, en 1986, chiffré à 1000 à 2000 les vies humaines qui pourraient être épargnées (comprenant SAMU et le Colonel JUNIERE de la Brigade, notamment). Qu'y a t'il de plus urgent ?

Hélas, la période du MEDEC 1999 se situe, cette année encore, avec mon voyage à l'étranger et je ne pourrai donc pas vous y rencontrer.

Le tome I consacré au Professeur ARNAUD et dédié au Professeur BOURRET a été adressé au Médecin-Général NOTO, Président de l'ANIMS, par l'intermédiaire du délégué ANIMS/Nord.

Je vous prie de croire, Mon Général, en l'expression de mes sentiments très distingués.

Didier BURGGRAEVE
Président



En juillet 1999, je me recueillais, avec Madame SERRE, sur la tombe du Professeur Louis SERRE. N'ayant pu, à mon grand regret, assister à ses obsèques. Je pouvais alors revivre ces instants d'émotion par le récit que m'en faisait Madame SERRE.

C'est à cette occasion que Madame SERRE voulut bien me remettre de précieux documents, photos et diapositives, des archives de son mari, utilisés pour le présent tome et qui le seront également dans les bulletins du CAPSU pour les hommages réguliers que nous rendons à nos membres d'honneur.

* J'ai eu quelques échanges écrits avec le Docteur Henri JULIEN et je l'avais rencontré dans le cadre du MEDEC en 1992 (évoqué dans le 4^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent »). Il m'avait écrit, en 1992, ne détenir aucunes archives sur l'œuvre du Professeur Paul BOURRET... que tous ceux qui s'intéressent à la médicalisation des secours aux accidentés de la route ne peuvent ignorer. Egalement, le Médecin en chef JULIEN, évoquera le projet des « 5 gestes qui sauvent » lors du MEDEC de 1997. L'occasion me sera donnée, avec le tome V sur l'œuvre de Marcel ARNAUD, dédiée au Docteur André SOUBIRAN, pour des raisons que tout le monde comprendra en lisant déjà le présent tome, d'apporter toutes les précisions utiles.

Le tome III

Daté de septembre 2003, fut diffusé dès le mois d'août et, le 18 août, date anniversaire, je joignais par téléphone plusieurs personnalités liées à Marcel ARNAUD à qui j'adressais sans délai le document avec une lettre.

Louis SERRE est évidemment à nouveau très présent dans ce troisième document. Comme Marcel ARNAUD il participa aux travaux de la Commission Médicale du SRF et fut donc en contact permanent avec Robert DEJOUR à qui ce troisième tome était dédié.

A Lys lez Lannoy, le 28 avril 1985, Louis SERRE, cita, lors de sa prise de parole à la Mairie, les personnes avec qui Marcel ARNAUD aimait à travailler. Parmi elles, outre qu'il me fit l'honneur de me citer (mais, lorsque je l'interrogeais, il me répondait : « si, si, notamment en mai 1971 à Paris lors de la conférence, le Professeur ARNAUD me dira – ce jeune là il faut l'aider » – et Louis SERRE me confirma qu'ils avaient parlé de moi à plusieurs reprises), il insista sur Robert DEJOUR. Il suffit de lire ses éditoriaux dans « La Route » pour comprendre les liens d'amitié qui unissaient les deux hommes.

Ces différentes rencontres avec Louis SERRE « tel que je l'ai connu », me laissèrent toujours une impression de sérénité, par nos conversations, par son regard, comme à Lys lez Lannoy. André SOUBIRAN avait appris que je n'avais pas pu, lors de l'inauguration de la 1^{ère} rue, en ce 28 avril 1985, aller jusqu'au bout de mon allocution devant tous les présents, donc lui-même au premier rang qui me regardait et m'écoutait avec une certaine expression qui emplissait son visage. Et c'est ainsi que je lui tendais alors le porte voix afin qu'il achève mon hommage à Marcel ARNAUD*.

A Marseille, il y avait eu à nouveau ce moment de communion envers la mémoire de Marcel ARNAUD. Louis SERRE était heureux. Je me souviens que nous étions sortis ensemble de la Mairie de Marseille, après la réception, dans le grand bureau du maire, le Professeur Robert VIGOUROUX, ancien collaborateur de Marcel ARNAUD. Avant de nous quitter, je faisais avec lui un parcours à pied, lui tenant sa lourde serviette, avant qu'il ne reprenne le train pour Montpellier. Il tenait Robert VIGOUROUX en haute estime.

Puis je suis toujours resté en contact avec Louis SERRE. Il me fit l'honneur de me recevoir chez lui, à Saint Laurent le Minier, avec son épouse, comme je l'indique ci-après et nous parlions alors de Secourisme, des SAMU et toujours de Marcel ARNAUD.

Avec le SRF (et d'autres organismes, notamment la Fédération Nationale des sapeurs pompiers), Louis SERRE milita, dans le prolongement de l'action permanente de Marcel ARNAUD pour faire connaître « les gestes qui sauvent » au public. Il rédigea donc le dépliant du SRF « gestes élémentaires de survie » en ne retenant que les « 5 gestes » (même si le titre restera les GES pour les raisons rappelées dans le tome III et le 9^{ème} mémoire (2005), sur les « 5 gestes qui sauvent »).

* Cette journée du 28 avril 1985 a été filmée par notre ami et moniteur de Secourisme, Pierre FAURE, de l'AMSIF, (Association des moniteurs de secourisme d'Ile de France), venu spécialement de la région parisienne pour la cérémonie, que je remercie à nouveau, et grâce à qui nous avons ce film souvenir. Pierre FAURE filma également la conférence sur les « 5 gestes qui sauvent » organisée à Paris en mai 1987 sous les auspices de l'ACMF et particulièrement de son Président, le Docteur André SOUBIRAN.

Mes entretiens avec Louis SERRE

Louis SERRE avait écrit, en 1977, un fascicule de 64 pages, aidé par deux surveillantes de son SAMU, intitulé « Gestes élémentaires de premiers secours ».

Ce document dont j'apporte ci-après quelques extraits, était publié au cours du 2^{ème} trimestre de l'année 1977. Lors d'une de nos conversations, à Saint Laurent, il me dit que Marcel ARNAUD l'avait sur sa table de chevet, juste avant sa mort. Il émanait de lui quand il en parlait, certes de la fierté, mais aussi quelque chose de difficilement définissable qui devait être, probablement, l'honneur d'être lu par le Maître. Et pourtant, ce n'était pas un livre sur la réanimation ou la médicalisation (l'oxiologie), mais simplement pour le grand public !

Qu'y avait t'il dans cette brochure avec de nombreux croquis en couleur ?

D'abord, c'est le titre qui doit nous interpeller, « gestes élémentaires », termes qui furent repris au cours de la même année pour la création des « GES » (gestes élémentaires – de survie).

Dans son introduction, Louis SERRE parle, comme Marcel ARNAUD, du « public », qui va s'abstenir « de toute action devant le drame que constitue un accident de la route ».

PARMI LE PUBLIC, COMBIEN D'ENTRE NOUS, POURTANT PORTES DE BONNE VOLONTE, S'ABSTIENNENT DE TOUTE ACTION DEVANT LE DRAME QUE CONSTITUE UN ACCIDENT DE LA ROUTE.

DEPUIS DE NOMBREUSES ANNEES, DES CAMPAGNES D'INFORMATION ONT ETE FAITES EN PARTICULIER PAR LE SECOURS ROUTIER FRANCAIS, POUR INSTRUIRE ET MOTIVER LE PUBLIC.

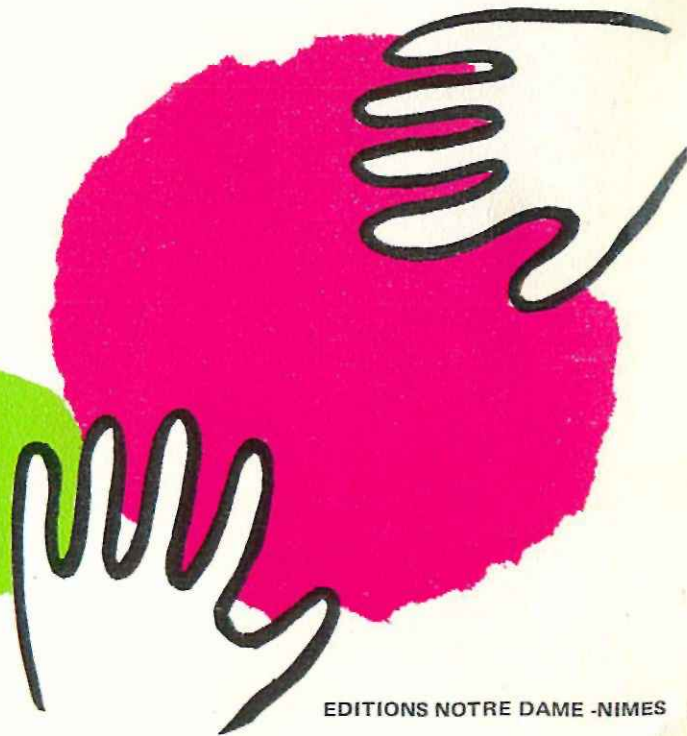
ACTUELLEMENT, SOUS L'EGIDE DE LA DELEGATION A LA SECURITE ROUTIERE, LA SECURITE CIVILE ET LE MINISTERE DE LA SANTE, LES GESTES ELEMENTAIRES DE SURVIE DOIVENT ETRE DIFFUSES LARGEMENT.

CET OPUSCULE A POUR BUT DE FAIRE CONNAITRE LES DIFFERENTES ATTITUDES QUE CHACUN D'ENTRE NOUS DOIT PARFAITEMENT CONNAITRE POUR SAVOIR ETRE UTILE ET RESTER A SA PLACE LORS D'UN ACCIDENT DE LA ROUTE.

Professeur Louis SERRE

gestes élémentaires de premiers secours

PROFESSEUR LOUIS SERRE
CHEF DU S.A.M.U. DE MONTPELLIER
MLLE ROBERT SURVEILLANTE
SR. MARIE-MADELEINE ROBIN SURVEILLANTE



EDITIONS NOTRE DAME - NIMES

sommaire

4 – QU'EST-CE QUE LE S.A.M.U. ?

GESTES DE PREMIERS SECOURS

9 – PROTEGER

10 – ALERTER

28 – SECOURIR – Position Latérale de Sécurité

40 – SECOURIR – Ranimation respiratoire

53 – SECOURIR – Compression de l'hémorragie

63 – TECHNIQUE DU BOUCHE A BOUCHE

Cet opuscule, plus complet par les croquis, nombreux, et les commentaires, est plus détaillé (64 pages) que la brochure « 5 gestes qui sauvent » (format plus petit, 18 pages avec le verso de la couverture et le recto de la dernière), dont la première édition, en 1972, avait été approuvée (et l'épreuve corrigée et améliorée par le Professeur ARNAUD lui-même).

Mais le sommaire dit tout. Ces « gestes de premiers secours », ce sont bien les « 5 gestes » {Protéger, Alerter, Secourir (PLS, Ranimation respiratoire, Compression de l'hémorragie), dans l'ordre indiqué}.

Le fondateur du premier SAMU a toujours été disponible pour enseigner le Secourisme, non seulement aux professionnels (Paramédicaux des hôpitaux et d'abord le sien, sapeurs pompiers et leurs médecins, secouristes et leurs moniteurs), mais aussi et surtout au public !

La page 7 est significative. Il parle de « trois gestes qui sauvent », mais « Secourir » veut dire PLS, bouche à bouche et compression de l'hémorragie.

C'est ainsi une approbation claire et sans détour du concept des « 5 gestes ». D'ailleurs, en participant à la rédaction du dépliant du SRF sur la conduite à tenir en cas d'accident de la route (et non face à tout type d'accident – ce qui était normal de la part d'un organisme créé pour le secours routier), on y retrouvait exactement, également, durant la période 1983-1990, la description des « 5 gestes » sans que le titre ne soit repris (Voir tome III et les explications de son directeur général de l'époque, M. Serge ADAM).

Même si nous n'en avons pas parlé directement, au moment de nos rencontres, - car au cours des réunions où il était présent ou lorsque le Professeur ARNAUD l'était aussi, ils approuvaient tous les deux le projet des « 5 gestes », son contenu et la description des gestes dans la brochure -, la formation de tous les candidats aux permis de conduire (tous les permis de conduire), restait l'objectif. Cf. témoignage de Robert ARDOINO lors de sa rencontre avec le Professeur ARNAUD en 1972.

La brochure du Professeur SERRE confirme donc que nous aurions dû nous en tenir à un tel programme, largement suffisant pour la formation de base des usagers de la route.

Pour la PLS, Louis SERRE explique celle conçue par Marcel ARNAUD. On retrouve dans ses commentaires la preuve incontestable qu'il s'agit, pour lui (comme c'était le cas pour Marcel ARNAUD) d'un « geste » à enseigner à tous et notamment au public ignorant.

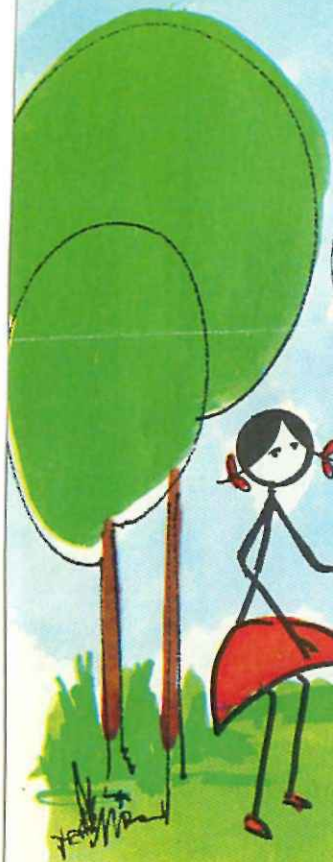
Si l'on résume, le Professeur ARNAUD crée le Secourisme routier (la doctrine, toutes les techniques) au début des années 60 (au moment de la publication de son livre « Les blessés de la route »).

En 1957, le Professeur Paul BOURRET (voir tome I) met en place à Salon de Provence, la médicalisation des secours aux accidentés de la route, expérimentation à la demande du Professeur ARNAUD (m'avait-il confirmé à Marseille le 18 août 1987).

A partir de 1963, le Professeur Louis SERRE, anesthésiste réanimateur, puis Professeur agrégé, outre cette même médicalisation, l'étend à d'autres détresses vitales et, de l'intervention primaire (sur les lieux des détresses), il organise les interventions secondaires, entre hôpitaux, vers celui mieux équipé avec toutes les compétences. Enfin, la coordination de l'ensemble, ce qui, avec les SMUR pour les interventions mobiles, donnera le SAMU.

Louis SERRE participait à de nombreux colloques, réunions, assemblées, médicales ou des organisations en charge du Secourisme et de la Protection Civile.

Ainsi, il était dans la salle à Paris, en ce lundi 3 mai 1971, pour une conférence organisée par l'UNPC sur les « secours aux accidentés de la route ».



EN PRÉSENCE D'UN ACCIDENT, TE SOUVIENS-TU, JASMIN, DES TROIS GESTES QUI SAUVENT ?!!

OUI ÉGLANTINE, IL FAUT IMMÉDIATEMENT

- Protéger
- Alerter
- Secourir

NOTIONS DES GESTES ÉLÉMENTAIRES DE SURVIE PRÉCONISÉS PAR LE COMITÉ A LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE, LA SÉCURITÉ CIVILE ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

Enseignés par les différentes associations :

- Secours routier français,
- Croix rouge française,
- Fédération nationale de sauvetage,
- Fédération des associations de Protection Civile,
- Fédération des sapeurs-pompiers.

SECOURIR A position latérale de sécurité



LA TÊTE EN HYPEREXTENSION ÉVITE LA CHUTE DE LA LANGUE EN ARRIÈRE

... PAR LE DÉCUBITUS LATÉRAL ON ÉVITE LE PASSAGE D'ÉVENTUELS VOMISSEMENTS OU DE LIQUIDE HÉMORRAGIQUE DANS LES VOIES RESPIRATOIRES.

LA CHUTE DE LA LANGUE EN ARRIÈRE EMPÊCHERAIT L'AIR CHARGÉ D'OXYGÈNE DE PARVENIR AUX POUMONS ET PROVOQUERAIT LA MORT PAR ASPHYXIE.

Je venais de quitter la Brigade (BSPP) après mon engagement de trois ans. Le Général Rémond PERDU se trouvait à la tribune. Il y avait aussi le directeur du SNPC, etc. Les participants étaient très nombreux. A proximité de la table – car il y avait un dîner – où je m'étais assis avec Pierre BLAHA (Nous nous étions donnés rendez-vous pour arriver ensemble à la fin du repas), il y avait Madame Raymond PITET, épouse du fondateur de la FNS – devenue FFSS – que j'avais rencontrée à plusieurs reprises rue Lacroix en 1967 ; Monsieur Martin GRAY qui, avec la fondation au nom de son épouse disparue dans un incendie de forêts avec ses enfants, menait campagne sur ce thème de la prévention de ces incendies... Et il y avait Louis SERRE, je ne l'avais pas repéré, c'est lui qui me l'apprendra de nombreuses années plus tard.

C'est grâce à Paul REYNAËRT *1, alors Secrétaire Général de l'UNPC, que j'avais obtenu, moi, le simple moniteur de Secourisme, un temps de parole pour m'exprimer. J'avais préparé minutieusement mon texte *2. Quand le moment vint, je me souviens que si je m'exprimais comme je le souhaitais (très clairement m'avait dit un jour le Médecin Général Paul GENAUD lors d'une Assemblée Générale de l'UNPC à l'Etat Major de la BSPP, en 1972 ou 1973) ; j'avais dans une main mes feuillets, de l'autre le micro. Et je tremblais. L'émotion probablement de parler devant ces personnalités et d'évoquer le concept, mon projet, des « 5 gestes ».

Louis SERRE, en revenant sur cette soirée, me confia que le Professeur ARNAUD lui avait dit : « Ce jeune là, il faut l'aider ».

C'est vrai que Marcel ARNAUD, invité à ce dîner débat par le Président de l'UNPC, Jean LAURENT PERUSSEL, quand il prit la parole, approuva devant l'auditoire les propos de « son élève ». Ce soutien valait tous les hommages.

Et lors de son intervention, le Professeur ARNAUD s'indigna qu'à Paris, des « cars Police secours » assurent encore et toujours le « ramassage » et le transport des accidents de la circulation... (Alors qu'à Salon de Provence et désormais dans plusieurs autres départements, on « médicalisait » !).

Je me souviens aussi qu'à l'issue de la réunion, m'approchant de lui, Marcel ARNAUD était mécontent de s'être déplacé de Marseille pour si peu. Il y avait trop d'orateurs. En définitive, il ne put pas longuement s'exprimer.

Marcel ARNAUD « m'aida », comme il l'avait exprimé à Louis SERRE, puisqu'il approuva les « 5 gestes » et la première brochure d'où son « agrément » du contenu. Louis SERRE aussi car, en octobre 1972 à Toulon (avec le Médecin Commandant Charles PRIM) – voir article de presse - documents en annexe*3), il participa, sous l'égide de l'ANUR de Robert ARDOINO, à une conférence afin d'exposer les « 5 gestes qui sauvent ».

La première étape de la doctrine du Professeur ARNAUD (la médicalisation des secours aux « blessés » de la route) durera globalement 20 ans (1957-1977) et un peu plus pour la généralisation des SAMU puis la création du numéro national 15 (numéro unique pour les détresses médicales pour lequel Louis SERRE joua également un rôle essentiel).

Le Secourisme routier fut enseigné par son créateur jusqu'à sa mort en 1977, mais aussi par tous ses relais : ses disciples, les médecins sapeurs pompiers, les enseignants du Secourisme et j'en pris ma modeste part dès mon stage de formation de « moniteur de secourisme routier » à Châtel Guyon en avril 1970. Cet enseignement fut « réformé » en 1991.

Mais le « Secourisme de masse », à destination du « public », c'est-à-dire des usagers de la route, s'agissant de secourir les « blessés de la route », est tombé en panne totale à la fin des années 80.

*1 Président d'Honneur du CAPSU.

*2 Repris dans un article de la revue « sécurité routière ».

*3 Article de presse sur cette conférence déjà publié dans de nombreux documents du CAPSU.

Les « GES » (programme le plus proche des « 5 gestes » mais hélas trop théorique, trop long et abondant d'autres situations d'urgence que la route), ont été supprimés avec la « réforme » de 1991. Depuis, rien n'a été prévu pour le « public ». Il n'existe que l'AFPS. Mais nous ne formons pas plus de citoyens au Secourisme en 2000 qu'en 1980 !

J'étais donc heureux de retrouver Louis SERRE dans sa région. C'est le souvenir et l'oeuvre de Marcel ARNAUD qui nous rapprochait, mais aussi le Secourisme :
1971 Paris, 1975 Mâcon, 1982 la CNS, 1984 SAMU de Montpellier et ANIMS, 1985 Lys lez Lannoy, 1986 Paris *1, 1987 Marseille....

En 1992, nous nous étions mis d'accord, par téléphone, pour une rencontre, en janvier, à Palavas les flots. J'en rendais compte dans le journal de l'ASAR dont j'étais devenu le Président d'Honneur. Puis, nous avons pu déjeuner ensemble, également à Palavas, en août 1992 *2. Je lui avais remis le 4^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent ».

Déjà malade, ses traitements laissaient apparaître sur son visage des traces visibles. Et c'est le 18 août de cette même année 1992 que nous nous rendions, à nouveau, mon épouse et moi, sur la tombe de Marcel ARNAUD, pour la fleurir et nous recueillir. Puis, nous adressions une carte de Marseille au Docteur André SOUBIRAN – l'un des plus ardents défenseurs de la mémoire et de l'oeuvre de Marcel ARNAUD *3.

Louis SERRE, c'était la simplicité. Il détenait l'art de dire, sans froisser. Ainsi, lors du congrès de l'ANIMS en 1984 à Montpellier, un différend m'opposa à Michel THEVENET, longtemps au sein de la CRF (comme salarié) qu'il représentait à la CNS. Puis, il était devenu membre et administrateur de l'ANIMS ; auteur d'ouvrages sur le Secourisme.

J'avais critiqué la PLS « nouvelle », à pratiquer seul, que l'on systématisait (alors qu'elle avait été acceptée pour des circonstances où il était impossible de se faire aider). Pour un sujet inconscient, non blessé, il n'y avait aucun problème et peu importe d'ailleurs comment on place la personne dans cette position, à condition que ce soit bien en décubitus semi ventral, le corps calé, avec une L.V.A surveillée.

M. THEVENET prit la parole pour violemment s'en prendre à « ceux qui maintiennent l'axe » (dont j'étais) et donc assurent une « rigidification » de l'axe tête cou tronc, par une prise (occipito mentonnière) et aux pieds !

Il n'avait probablement pas eu souvent l'occasion de mettre un blessé – ou un malade – vraiment, dans la réalité, en PLS ! C'était un enseignant, brillant théoricien, mais non pratiquant et plutôt un administratif du Secourisme.

Louis SERRE commenta lui-même le désaccord public en précisant : « que l'on ne demandait pas de tirer (prise tête et prise pieds) de toutes ses forces... mais de manière modérée (l'objectif étant de préserver la colonne vertébrale lors de la manœuvre ainsi que les membres inférieurs).*4.

Le lendemain, M. THEVENET, toujours à la tribune, s'était calmé. Prenant la parole à nouveau, dans la salle, j'évoquais une perte de sang froid de sa part, car il s'était énervé et ses propos avaient été violents (assez inquiétant pour un secouriste). Mais on évita une nouvelle « dispute » puisque j'enchaînais immédiatement en citant Henry DUNANT qui avait ses rues à son nom, totalement justifiées bien sûr, en souhaitant la même chose pour le Professeur ARNAUD.

*1 De passage à Paris avec les Secouristes de l'ASAR, je remis à Louis SERRE une photo dédiée de l'inauguration à Lys lez Lannoy le 28 avril 1985 de la première rue « Professeur Marcel ARNAUD ».

*2 Nous avons plusieurs photos en souvenir de cette rencontre, prises par mon épouse.

*3 J'en parlerais dans le tome V qui lui sera dédié.

*4 Lors de ce congrès de l'ANIMS, je fus approché par un ancien officier de SP qui me remercia d'avoir cité le Professeur ARNAUD. Comme promis, il m'adressa le texte d'une intervention de Marcel ARNAUD. C'était le Capitaine honoraire Roland MEZY de Ganges, près de Saint Laurent le Minier.

Campagne Nationale des "5 Gestes qui Sauvent"

Action Nationale permanente lancée par Didier Burggraeve
le 24 Septembre 1967 pour Secourir les Accidentés de la Route
ALERTER - BALISER - RANIMER - COMPRESSER - SAUVEGARDER
5 gestes essentiels à apprendre à tous les usagers de la route
Animée par l'Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix
59390 LYS-LEZ-LANNOY

Le 6 juin 1982

Monsieur le Professeur L. SERRE,
Centre Hospitalier Universitaire,
34000 MONTPELLIER

Monsieur le Professeur,

Je vous avais adressé le 30 janvier dernier la première partie de mon mémoire sur les "5 gestes qui sauvent" et je vous ai remis la seconde partie à l'issue de la Commission Nationale du Secourisme le 27 avril.

Je suis persuadé que vous avez étudié ces deux documents et c'est pourquoi je souhaiterais de votre part une réflexion de fond sur cette affaire car si je considère que les "G.E.S" peuvent être enseignés dans les écoles avec la formule théorie-pratique en une dizaine d'heures ou plus, je reste convaincu que la meilleure formule pour le permis de conduire reste les "5 gestes".

Mon plus grand bonheur est d'avoir reçu l'approbation de notre Maître le Professeur ARNAUD et c'est bien pourquoi je suis aussi intransigeant à propos de la P.L.S et nous aurons l'occasion d'en reparler...

Je vous remets sous ce pli avec plaisir le nouveau livret qui vient de sortir et dont la diffusion a commencé à travers la France grâce à la récente émission d'Antenne 2.

N'oubliez pas de m'adresser la photo du Professeur ARNAUD dont vous m'avez parlé à Levallois.

Je compte sur vous pour m'épauler dans ce Combat difficile et peut être nous reverrons-nous à Lille en octobre lors du congrès de l'ANIMS ?

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en ma parfaite considération.

Didier BURGGRAEVE

+ nouveau livret
Ph. ant 5 gestes v. N. 23.3.
" " interview NE 17.2.
" " NE / 5 Sts - évènements 14.5.
" " NE < v. N. / Antenne 2.

Professeur ARNAUD

pionnier du secourisme routier

Le Dr Marcel Arnaud qui a fait ô combien pour améliorer les secours aux gressés de la route n'est plus. Il a été terrassé à l'âge de 81 ans par une crise cardiaque.

C'est lui qui avait lancé la traumatologie routière en 1957. Lui encore qui avait été l'instigateur des Assises sur les accidents de la route fondées en 1959 par l'Automobile Club Médical de France. Lui encore qui était le « père » du secourisme routier à l'enseignement duquel il s'est totalement consacré tant auprès du grand public que du corps médical.

C'est en 1954 que ce chirurgien des hôpitaux a eu la révélation des secours aux blessés de la route, après avoir assisté à un accident survenu à un cyclomotoriste sur la RN 7 près d'Aix-en-Provence.

Si le Dr Marcel Arnaud a eu le mérite de tirer le signal d'alarme avec une inlassable persuasion, comme l'a écrit le Pr Sicard, de la faculté de Médecine de Paris dans la préface d'un livre, il était aussi, a dit M. Christian Gérondeau, Directeur de la Sécurité Civile et Secrétaire général du Comité interministériel de la Sécurité Routière en remettant le 14 mai dernier le « volant d'or de la sécurité routière » au Secours Routier dont le disparu présidait la commission médicale »

« — Un enseignant incomparable, car il mettait dans ses leçons tout son dynamisme méridional, toute sa foi, mais aussi son expérience concernant les victimes des accidents de la route. »

Le Dr Arnaud était chirurgien-chef honoraire des hôpitaux de Marseille, membre de l'Académie de chirurgie, membre associé de l'Académie de médecine.

Il dispensait son enseignement au Centre national d'études de la Sécurité Civile à l'école de Nainville-les-Roches et dans les centres d'instruction de la Sécurité Civile.

Il était aussi l'auteur de la première étude importante consacrée aux problèmes des accidentés, intitulée « Les blessés de la route » et avait collaboré à la rédaction des brochures éditées par l'Association de La Sécurité Routière.

Il est mort à Avignon en enseignant, comme il l'avait souhaité : pendant une séance de secourisme routier.

Le Dr Marcel Arnaud laisse le souvenir d'un homme de talent, profondément humain et totalement désintéressé.

Sa disparition sera ressentie comme une grande perte par le secours routier et tous ceux que préoccupent les accidents de la route.



Pour les plus jeunes Secouristes de l'ASAR et pour les plus anciens pour qui le Nom du Professeur Marcel ARNAUD veut dire quelque chose, nous publions ci-dessus l'hommage qui lui a été rendu dans la revue "La Route" du Secours Routier Français lors de sa disparition en 1977.

Marcel ARNAUD repose dans le petit cimetière de Mazargues à Marseille. Une simple tombe sur laquelle nous avons déposé, en 1987, le 18 août, pour le 10ème anniversaire de sa disparition, une plaque afin que cet emplacement soit identifié.

Le 18 août 1992, déjà 15 ans ! Sa tombe a été fleurie - photo ci-contre - par Didier BURGGRAEVE, Président d'honneur de l'ASAR et Président du CAPSU.

Ce même jour, le Docteur André SOUBIRAN, Président de l'A.C.M.F faisait paraître dans le carnet du "Monde" et du "Figaro" un Hommage à Marcel ARNAUD. Cet homme était désintéressé, sa cause, la nôtre, était noble mais elle ne rapportait pas, hélas; c'est ainsi que nous nous retrouvons qu'à quelques-uns quand il faut agir sans retour de quoi que ce soit. Dans ce modeste journal nous évoquerons fréquemment l'oeuvre de cet homme exemplaire.

... AGIR ...



PALAVAS : 30 janvier 1992
Didier BURGGRÄVE et Louis SERRE

J'ai eu la chance de rencontrer durant environ 1 h 30, le jeudi 30 Janvier 1992 à PALAVAS près de MONTPELLIER, le Professeur Louis SERRE, l'un des fidèles, l'un des plus proches du Professeur Marcel ARNAUD avec qui il a agi, oeuvré, afin de sauver des vies humaines sur les routes de France.

Louis SERRE a créé l'un des premiers SAMU de France, celui de MONTPELLIER que l'équipe de l'ASAR a pu visiter il y a 10 ans.

Lors de cet entretien, l'Ami de Marcel ARNAUD et aussi son compagnon de route a rappelé l'importance des premiers gestes et le travail commun qui a été réalisé avec M. DEJOUR alors Directeur Général du Secours Routier Français, le Professeur ARNAUD et M. Robert COIRIER au Ministère de la Santé.

Nous avons évoqué ensemble la création du premier SMUR de France (Professeur BOURRET - SALON DE PROVENCE) ainsi que la médicalisation des transports de malades ou blessés par le Professeur Maurice CARA à PARIS, le Professeur Louis LARENG à TOULOUSE et lui-même à MONTPELLIER.

C'est le Professeur BOURRET lui-même qui, le 18 août 1987 à MARSEILLE lors d'un déjeuner sous la présidence du Professeur Robert VIGOUROUX lui-même élève de Marcel ARNAUD en neuro-chirurgie, m'a appris comment les choses s'étaient passées. Le Professeur ARNAUD lui avait demandé de mener une expérience de médicalisation à SALON, commune moyenne, car MARSEILLE était une Ville énorme où ce test était impossible.

Avec le Professeur SERRE en ce début d'année 1992, nous avons parlé également du concept du secours d'urgence du Professeur SAFAR aux Etats-Unis (qui préconise l'apprentissage du MCE à tous - nous en sommes loin en France car les technocrates n'ont pas fait de secourisme !) et l'importance de la L.V.A et du relèvement du menton pour dégager la gorge.

J'ai revu le Professeur SERRE à PALAVAS le 15 août 1992 avant de me recueillir sur la tombe de (mon) - notre - Maître, Marcel ARNAUD à MARSEILLE le 18 août. Il détient des archives, des documents inédits sur l'action engagée avec le Professeur ARNAUD. Je lui ai demandé de nous les remettre, nous préserverons cet héritage. Secouristes, il faut agir, le reste c'est du blabla...4

En 1984, j'avais déjà fait la démarche pour Lys lez Lannoy, ma commune, sièges de l'ASAR et du CAPSU ainsi que boîte postale nationale pour les « 5 gestes qui sauvent » où nous recevions des milliers de demandes par courrier de brochures.

C'est Louis SERRE qui inaugura ainsi, le 28 avril de l'année suivante, la première rue au nom de Notre Maître. Ce fut une belle journée, empreinte de recueillement et d'émotion, de souvenirs évoqués par les participants, dont plusieurs avaient connus personnellement Marcel ARNAUD ; ou ceux qui voulurent bien l'exprimer par écrit.

(En page de dédicace, la photo a été prise le 28 avril 1985, lors du déjeuner avec les Secouristes, à Roubaix).

A Palavas, en janvier 1992, nous avons bavardé. Il m'avait présenté l'un de ses fils présent dans son appartement. J'évoquais les archives de Marcel ARNAUD ou tout document qu'il détiendrait. Mais Louis SERRE n'avait rien chez lui. Les archives historiques, notamment pour le SAMU, étaient restées à l'hôpital de Montpellier (Madame SERRE voulut bien me remettre, en 1999, des documents relatifs au Secourisme des archives de son mari).

Dans le « journal de l'ASAR », je faisais paraître un compte rendu de notre rencontre à Palavas le jeudi 30 janvier 1992, intitulé « AGIR ». C'est son fils, présent dans l'appartement, qui prit deux photos. Coïncidence, à la page 3 de ce même journal, figurait un hommage au Professeur ARNAUD (de la revue « La Route ») tout en relatant mon passage au cimetière de Mazargues le 18 août 1992.

Notre entretien est résumé dans le texte ainsi que dans un communiqué de presse daté du 4 février 1992. En effet, nous avons abordé la récente réforme du secourisme qui avait hélas supprimé les « GES » ! De mes notes, prises à mon retour à l'hôtel, il y avait les précisions suivantes :

Louis SERRE me parla du Docteur NEUVEUX de Sisteron (que je ne connaissais pas à l'époque). Il souhaita que je prenne contact avec la Présidente de la FNPC, Ida GUINOT, pour que nos vues se rapprochent et me communiqua même ses numéros de téléphone, à la fédération, personnel et à Limoges. C'est dire s'il souhaitait qu'elle s'implique dans mon combat relatif à la formation des candidats aux permis de conduire.

Pour lui, l'abandon des GES était une « grave erreur ». Il était sûr que cet abandon (notamment dans la perspective du permis de conduire) venait « du ministère de l'Intérieur » qui a bloqué, afin de ne pas en avoir la charge (pour être poli). C'est lors de cette rencontre que l'ami personnel de Marcel ARNAUD me remit deux cassettes audio sur des entretiens avec lui-même, le Professeur ARNAUD, en 1971, avec un certain M. PONS alors conseiller général ; avant l'émission de Jacques CHANCEL sur France Inter « Le grand échiquier ».

Il me demanda de prendre contact avec le Professeur LARENG « de sa part ». Ce que j'eus l'occasion de faire à plusieurs reprises, sans succès hélas. Il insista pour dire qu'en ce qui concerne le « permis de conduire, on avait tout raté ! ». Il fallait d'après lui relancer le « secourisme familial » et donc voir LARENG et SABATHIE.

Egalement, il rappela le rôle joué par Norbert SEGARD* pour la création du numéro national 15 dédié aux secours médicaux d'urgence, c'est-à-dire aux SAMU.

Dans le désordre de cet entretien, le Professeur SERRE a relaté l'importance des « premiers gestes », le travail commun avec M. DEJOUR du SRF, le Professeur ARNAUD bien sûr, de M. René COIRIER (et non Robert comme écrit par erreur dans le texte de l'ASAR), au ministère de la Santé.

* Secrétaire d'Etat aux PTT (téléphone) avec qui nous étions également en contact à l'époque pour un numéro national d'appel des secours.

Ci-après, photo prise à Montpellier à l'issue du Congrès de l'ANIMS et lettre adressée au Professeur SERRE le 24 novembre 1984 qui fait le point sur les « GES » par rapport aux « 5 gestes » (Tout ce qui concerne la CNS sera détaillé dans le 11^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent », à venir.



Sur cette photo, déjà publiée à plusieurs reprises dans les publications de l'ASAR et du CAPSU, nous retrouvons, de gauche à droite, alors que le Professeur Louis SERRE dédicace l'article paru sur sa conférence, à Toulon (voir annexes), en octobre 1972, en compagnie du Docteur Charles PRIM, Médecin Commandant puis Médecin Chef des sapeurs pompiers du Var sur les « 5 gestes qui sauvent » :

Pierre BLAHA (copie de l'article de presse à la main), Philippe LAUWICK et sa future épouse, Louis SERRE, Alain DUMORTIER, Didier BURGGRAEVE, Patrick GRESSET et Pierre FAURE (de l'AMSIF de Paris), tous enseignants bénévoles du Secourisme et partisans des « 5 gestes ».

Ph. a Ph L.
+ donnei CNS 8x

ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Régie par la loi de 1901 - sans but lucratif

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"

Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse postale: 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 24 Novembre 1984

+ Plaidoyer par Sven de vie humaine - Oct. 80
+ chap VIII Pages 45, 46, 47, 48 et 49 + un certain
SOS Code de la rue a divers -

Ph. ant un. 27.10 5 Gts à Montpellier
" " VN 23.8.82 5 Gts parking Sauril
" " Courrier Ouest 4.5/8/84
" " Liberté de Normandie 13.7.84

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
S.A.M.U.
Annexe du Carré du Roi,
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

+ Ph. lettre à M. ROUAWET du 18.10.84

Cher Professeur,

Toute notre équipe a été particulièrement honorée de votre accueil, le mois dernier, dans votre SAMU. Quelle organisation, quel sérieux, quel outil de travail !

Egalement, nous avons fort apprécié vos interventions et vos réponses lors des débats du samedi et du dimanche. Vos propos ont été pour nous, vous le savez, encourageants et stimulants face à une Administration ou plutôt à certains fonctionnaires qui ne comprennent rien ou qui ne veulent pas comprendre.

Nous sommes là, autour d'hommes comme vous, pour nous battre afin qu'il y ait une meilleure organisation des secours d'urgence qui passe par une éducation de masse de la population, éducation essentielle axée sur un apprentissage pratique et non théorique. Les choses avancent petit à petit mais le combat doit se poursuivre sans relâche.

Au Nom de toute notre équipe, je vous remets sous ce pli une photo-souvenir prise lors de la visite du SAMU.

A l'issue de la réunion de la CNS du 27 avril 1982 vous m'aviez promis une photo du Professeur ARNAUD et j'ai omis de vous en reparler à Montpellier. Je ne l'oublie pas et je pense que nous aurons l'occasion de nous revoir, à PARIS ou ailleurs.

A la réunion de la CNS du 6 novembre, quelques participants heureusement sont intervenus pour alléger le programme des GES actuel. Le Docteur ALBA a réclamé un "dégraissage" des GES de la prévention ce qui va tout à fait dans le sens que nous souhaitons depuis la sortie de ce programme en 1977. Le programme actuel, si on y retire des éléments comme risque électrique ou autre à la maison et quelques autres détails qui n'ont rien à voir avec la route ressemblera alors aux "5 gestes". Ne pensez-vous pas que pour une meilleure compréhension du grand public ce titre pourrait être retenu ?

.../...

030

.../...

Malheureusement M. THEVENET et l'organisme qu'il représente a trop de poids dans cette commission. Ses interventions ne sont suivies d'aucune critique, ni observation, comme si tout était joué d'avance ?

Nous attendons quant à nous, de pouvoir jouer un rôle plus important. Mais pour l'instant, nous nous investissons à fond pour les "5 gestes" afin de toucher le public, les médias et les Pouvoirs Publics.

Il a quand même été admis la création d'un groupe de travail sur les programmes de 1977 dont les GES. Il nous semble très important, sinon primordial, que vous y preniez part afin d'éviter trop de rigidité de la part de la toute puissante Croix-Rouge qui préfère un programme en 8 à 12h qu'on enseignera jamais au permis de conduire et quelques réfractaires à supprimer ce qu'il est inutile d'apprendre à la masse.

Enfin, la CNS a donné son accord pour l'introduction du MCE au BNS ce que nous demandions depuis longtemps. J'avais d'ailleurs rédigé un document à ce propos en octobre 1980 que je vous remets sous ce pli "Plaidoyer pour sauver des vies humaines".

Vous trouverez également, un extrait du chapitre VIII de mes "Mémoires" consacré aux "5 gestes" et l'article de Presse paru ici sur notre déplacement à Montpellier, quelques articles de notre Campagne de Presse.

Je vous fais parvenir enfin, photocopie de la lettre que j'ai adressée à M. ROUANET avant la réunion de la CNS du 6 novembre. Peut-être pourriez-vous retrouver dans vos archives les comptes-rendus des réunions de la CNS et du travail de la sous-commission pour les GES et me les faire parvenir. Je ne possède que le compte-rendu de la réunion plénière de l'année dernière.

Je serai à PARIS le 10 décembre pour les "5 gestes". J'espère que vous pourrez vous rendre libre pour l'inauguration officielle de la rue du Professeur ARNAUD à Lys lez Lannoy qui aura lieu au printemps probablement avec la visite du nouveau centre de secours informatisé de Roubaix et le centre 15 de Lille qui devrait démarrer à cette date.

Les "5 gestes qui sauvent", nous les défendons partout en nous considérant comme les Héritiers du Professeur ARNAUD. Ils ont besoin de vous pour percer et s'imposer au niveau des Pouvoirs Publics.

Ph. art. VN. 10.8.84
Un hommage aux sentiments dévoués et les meilleurs.
à Arnaud. 031,

Didier BURGGRAEVE

+ Photo dédiée prise au SARM de Montpellier :
"Au Professeur Louis SERRE, Fondateur du SARM de Montpellier,
fidèle du Professeur ARNAUD, avec les Amitiés et toute l'admira-
tion de l'équipe des "5 gestes qui sauvent" 24.11.84 LMB

Nous avons évoqué aussi la création du premier SMUR par Paul BOURRET à Salon, et la médicalisation par le Professeur CARA, le Professeur LARENG et lui-même à Montpellier (il se nommait en dernier) pour le SMUR et le SAMU.

Le Professeur SAFAR (Etats-Unis) fut cité pour son concept de secours d'urgence et l'importance de la LVA avec notamment la « subluxation » du menton pour dégager la gorge. Nous y revenons aujourd'hui dans la pratique de la LVA et pour la ventilation orale.

Louis SERRE était fatigué (c'était son propre terme). Il avait des problèmes de santé. Des « trous de mémoire » aussi me dira t'il. Nous avons aussi parlé du Docteur CHEVALIER (Président des Secouristes Français Croix Blanche – très ancienne association qui existe toujours), qu'il appréciait ; du Docteur JULIEN, médecin aspirant militaire « qui a appris le secourisme routier avec le Professeur ARNAUD » ; encore du Professeur LARENG qui « peut faire quelque chose pour développer le secourisme » et « qui a une fille ou une belle fille au ministère de l'éducation nationale », une voie à ne pas négliger.

Notre conversation s'acheva sur le projet du Docteur André SOUBIRAN de réaliser un ouvrage sur Marcel ARNAUD *1. Louis SERRE souhaitait vraiment que ce livre se fasse.

Lors de mes courriers, réguliers, je joignais de nombreux documents à Louis SERRE. Maire-adjoint dans ma commune en charge de la Protection Civile *2. Ainsi, la plaquette réalisée à la mémoire du Professeur ARNAUD (voir bibliographie), comprenant l'inauguration des rues ; les courriers échangés avec le Professeur VIGOUROUX ; les textes du Docteur André SOUBIRAN dans la revue de l'ACMF.

A Palavas, en janvier, je lui avais remis le journal n° 10 de l'ASAR, la plaquette des « 10 ans de l'ASAR » et la brochure « 5 gestes qui sauvent », la 8^{ème} édition, sortie avec le concours de l'ACMF et tout particulièrement de son président, le Docteur André SOUBIRAN.

Puis, à l'occasion de quelques jours de vacances dans le sud, j'en profitais pour revoir le Professeur Louis SERRE et nous déjeunions ainsi ensemble à Palavas. Ce fut le 15 août 1992.

C'est à cette occasion que je lui remis une réponse (c'était très rare voire exceptionnel) du Professeur LARENG, datée du 19 février 1992, le journal n° 11 de l'ASAR et surtout le 4^{ème} mémoire sur les « 5 gestes » de juillet 1992 « 25 ans de campagne ».

*1 Traité en détail dans le tome V qui sera dédié au Président de l'ACMF, André SOUBIRAN.

*2 Je mettais en place, dès 1989, la première année, la « journée annuelle de la Protection Civile » avec le concours des sapeurs pompiers et des associations, où le Secourisme était en bonne place bien évidemment.

Photo ci-dessous prise à Palavas le 30 janvier 1992



Lys-lez-Lannoy

- 4 FEVR. 1992

M. Burggraeve rencontre le fondateur du Samu de Montpellier

Lors d'un déplacement dans la région de Nîmes, Didier Burggraeve président du CAPSU, animateur de la Campagne nationale des « 5 gestes qui sauvent », a été reçu par le professeur Louis Serre, fondateur d'un des premiers Samu de France, celui de Montpellier.

Cette visite d'amitié à l'un des plus proches collaborateurs du professeur Marcel Arnaud était dictée par le double souci de garder le contact avec les précurseurs des secours d'urgence en France et de connaître le sentiment d'un homme qui a marqué le secourisme en France ces 30 dernières années.

L'entretien, qui a duré un peu plus de 1 h 30 a permis à Didier Burggraeve de connaître l'avis du professeur Serre sur la réforme du secourisme qui vient d'aboutir à l'abandon des « gestes élémentaires de survie, l'ancien brevet national de secouriste et la mention ranimation ».

Sans entrer dans le détail de ces changements, les deux interlocuteurs ont regretté qu'aucune formation de base soit proposée dans le cadre du permis de conduire, projet un moment retenu vers les années 1975 par la Sécurité routière et la Sécurité Civile puis abandonné.

Outre les « 5 gestes qui sauvent », l'action de l'ASAR au plan local et national, la mémoire du professeur Arnaud a évidemment été évoquée.

Les deux hommes resteront en contact, notamment à propos des documents concernant le professeur Arnaud et de photographies dans la perspective d'un ouvrage en cours de préparation par le docteur André Soubiran, médecin-écrivain, président de l'Automobile-Club Médical de France.

C'est le professeur Serre qui avait inauguré la première rue de France portant le nom de Marcel Arnaud, précurseur des Samu, en avril 1985 à Lys-lez-Lannoy, siège de l'ASAR.

J'adressais, le 29 mai 1992, à Louis SERRE, une lettre manuscrite (ci-après), en lui joignant les deux photos prises le 30 janvier, pour le remercier à nouveau des deux cassettes d'enregistrement audio qu'il m'avait confiées.

Dans le journal de l'ASAR, je relatais ma nouvelle rencontre avec le Professeur SERRE du 15 août 1992. S'agissant de la méthode afin « de faire connaître l'œuvre du Professeur ARNAUD », le vœu que nous avons exprimé ensemble s'est depuis réalisé. J'ai pu recueillir les archives du Professeur ARNAUD et le CAPSU a inséré dans ses statuts, en 1999, cet objectif permanent *1.

Afin de ne pas altérer en quoi que ce soit le récit de cette rencontre et de nos discussions (4 heures), ce samedi 15 août 1992 à Palavas, j'avais pris soin de prendre quelques notes.

S'agissant de la (ma) proposition (dès 1970) de créer un ministère de la Protection Civile, Le Professeur m'apprit que M. GROSCLAUDE (en charge du Secourisme et des associations au sein de la DSC – Direction de la sécurité civile), « était d'accord et l'aurait proposé à Christian GERONDEAU », alors tout nouveau directeur nommé en 1975.

Le Professeur ne fut pas retenu parmi les conseillers médicaux de la DSC, alors qu'il « faisait chaque semaine le trajet de Paris » ! Il était personnellement pour la création d'un tel ministère (MPC), « avec un représentant de chaque ministère impliqué par la Protection Civile ».

Et puis, Louis SERRE, insista pour me dire :

« Je peux vous dire, moi, que Marcel ARNAUD vous aimait bien. Quand certains faisaient allusion négativement à vous, il n'était pas d'accord et le faisait savoir par un mouvement de la tête, de gauche à droite ». Et,

« Ida GUINOT *2 n'avait rien contre vous, c'était ceux autour, son entourage ».

« Malgré ce que Marcel ARNAUD a fait pour la formation des sapeurs pompiers (médecins en particulier), ils lui en étaient peu reconnaissant (les responsables, de haut niveau), à cause de la bataille entre les sapeurs pompiers médecins civils, SAMU et militaires ».

« Lui-même et Robert DEJOUR (du SRF) rencontraient souvent René COIRIER au ministère de la santé ». M. COIRIER avait préparé des éléments afin d'écrire un livre sur les secours d'urgence, mais hélas décéda sans pouvoir achever son projet.

A nouveau, il estima que les deux plus proches de Marcel ARNAUD étaient « DUFRAISSE et SERRE ». Le Professeur ARNAUD regrettait parfois que certains médecins « de SAMU », engagés politiquement, fassent passer leurs opinions avant leur rôle de médecin. Sauf le Professeur VIGOUROUX, qui était d'abord médecin. Son engagement venait ensuite.

Marcel ARNAUD n'avait pas reçu la Légion d'honneur « car il a toujours été bloqué ». La sécurité civile lui « devait environ 5 millions de centimes (en francs) ; soit les frais engagés pour ses nombreux déplacements pour les stages qu'il animait... *3

*1 Sur le site Internet du CAPSU, ouvert en décembre 2004 (www.cap.fr), nous avons créé en juillet 2006, une rubrique totalement consacrée au Professeur Marcel ARNAUD. Ainsi, nous mettons en ligne, petit à petit, des textes inédits ainsi que les documents écrits sur son œuvre.

*2 Ida GUINOT, Présidente de l'Union des associations de Secouristes des PTT puis Secrétaire Générale de la FNPC (Fédération Nationale de Protection Civile), présente à Lys lez Lannoy le 28 avril 1985, pour l'inauguration de la 1^{ère} rue « Professeur ARNAUD » ; puis Présidente de la FNPC. (Voir 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent »).

*3 Hélas, de cette situation quasi exceptionnelle (suivie par les enseignants de l'ASAR), nous sommes arrivés aujourd'hui au contraire. Certains « pratiquent » le secourisme pour se faire un peu d'argent de poche...

Didier Burggraeve

29.5.12

cher Professeur,

Je vous fais parvenir les deux photos prises par votre fils lors de notre rencontre à Palavas le 30 janvier dernier.

J'ai réalisé une copie de 2 cassettes que vous m'avez confiées (radioscopie Pr Arnaud et Dr Génard ainsi que conférence avec vous - même). Ce sont des enregistrements historiques. J'ai été heureux de réentendre le Professeur Arnaud.

Par un paquet séparé, je vous fais le retour de vos 2 cassettes. Merci encore.

J'ai transmis votre message au Docteur Soubiran, s'agissant de la rédaction d'un ouvrage sur Marcel ARNAUD. Je vous prie d'y attache.

Vous trouverez ci-jointes photocopie d'articles de presse sur les 400 Journées de la Protection Civile à Cys les Châtaux.

J'ai contacté, selon votre conseil, le Professeur CAPENS. Il m'a répondu mais semble incertain sur la conduite à adopter face à la situation ainsi liée avec cette "réforme du Secourisme". Je déposerai, ce 18 août, des fleurs sur la tombe de votre Aïeule et Aïeul, à Paris, à Parisville.



Ainsi le 15 août 1992 j'ai revu le Professeur Louis SERRE. Je lui ai remis le document publié en juillet 1992 et qui retrace 25 années de campagne pour la diffusion des "5 gestes qui sauvent" en France.

Louis SERRE fut, avec le Médecin-Colonel DUFRAISSE (ils étaient tous les deux à Marseille le 18 août 1987 devant la tombe de Marcel ARNAUD pour l'Hommage organisé par l'ASAR) les deux plus proches de notre Maître.

J'ai été très heureux de revoir le Professeur SERRE et ainsi garder le contact avec lui. Nous avons parlé longuement du Professeur ARNAUD. Son action était également incomprise voire combattue par des hommes qui auraient dû l'aider.

Marcel ARNAUD animait des stages de Secourisme routier à destination des médecins-sapeurs-pompiers ou de moniteurs de secourisme. Il prenait souvent les frais de déplacement ou d'hébergement à sa charge. Les responsables connaissent cela mais comment ne pas trouver en Marcel ARNAUD, par le désintéressement, par l'audace, par la conviction, la valeur de l'exemple ?

Marcel ARNAUD dérangeait comme dérangeant ceux qui sont en avance sur leur temps ou ont des qualités que n'ont pas ceux qui les critiquent. Je sais maintenant que mon Maître me défendait quand certains faisaient des allusions négatives à mon égard. Et c'est ce qui m'importe. Souvent, nous sommes critiqués par des gens qui ne nous connaissent pas, que nous n'avons jamais rencontrés.

Nous pouvons alors reprendre la réflexion de M. Paul REYNAERT qui disait qu'hélas la jalousie était à l'origine de beaucoup de conflits, de blocages.

Tous ceux qui entreprennent le savent ou l'apprennent en agissant. Il faut le savoir afin de ne pas être démotivé et poursuivre malgré tout.

Avec le Professeur SERRE j'ai évoqué la possibilité de créer une structure à la mémoire de Marcel ARNAUD afin de lui rendre Hommage et de perpétuer son oeuvre. L'ASAR a été à l'origine des rues à son Nom (5 en France) et aux divers hommages rendus à son oeuvre. L'ASAR pourrait alors peut-être reprendre à son compte cet Honneur et insérer dans ses statuts, outre l'animation de la Campagne Nationale des "5 gestes qui sauvent" et la gestion d'un Groupe d'Intervention Catastrophe, un Comité (rattaché à l'ASAR afin d'éviter la création d'une association) dont le but serait de faire connaître l'oeuvre du Professeur ARNAUD.

Le Professeur SERRE est intéressé par ce projet. Amis ou membres de l'ASAR dites-nous ce que vous en pensez.

Nous vous tiendrons informés.

Et enfin Louis SERRE revient sur la soirée de mai 1971 à Paris au cercle des armées. Il était près de Martin GRAY. Il avait très bien entendu mon intervention et celle – dans les derniers – (voir observations ci-dessus), du Professeur ARNAUD :

« Je n'ai pas entendu de choses valables dans les propos tenus jusqu'ici - avait-il dit à peu près -, sauf celles de mon élève ». Témoin direct (comme Pierre BLAHA près de moi, et Paul REYNAËRT à la tribune), Louis SERRE n'avait rien oublié !

Et celui qui se dévouait pour enseigner (bénévolement) les premiers gestes au « public », était d'accord avec le Professeur SAFAR, l'américain. Il faut enseigner le MCE (massage cardiaque externe) « à tous » indiqua Louis SERRE.

Je lui rétorquais qu'on avait bloqué les « 5 gestes » à cause de la PLS parce que « on estimait » que le simple citoyen ne serait pas capable de.... Alors le MCE à tous ? Dans 20 ans peut-être ?

**Photo couleur du 15 août 1992 à Palavas.
Le Professeur Louis SERRE tient entre ses mains le 4^{ème} mémoire
sur les « 5 gestes qui sauvent ».**



Le 5 août 1993, j'eus l'honneur et le privilège de déjeuner avec Monsieur et Madame SERRE dans leur maison de Saint Laurent le Minier. Mes déplacements professionnels faisaient que je parcourais la France, du Nord, vers l'ouest, parfois l'est, souvent Paris, le centre et le sud, ce qui me permettait des contacts dont ceux avec Louis SERRE.

Je venais de Nîmes et j'étais un peu en retard. La route départementale, sinueuse et traversant de nombreuses petites communes ne permettant pas de dépasser les vitesses autorisées en agglomération.

L'état de santé de Louis SERRE s'était encore dégradé depuis notre dernière rencontre. Il avait été hospitalisé durant plus d'un mois. Il marchait avec difficulté, avec une canne, seulement depuis une semaine. Mais sa mémoire était intacte. Madame SERRE participa activement à la conversation. Elle connaissait également très bien Marcel ARNAUD et participait souvent avec son mari à des congrès.

Marcel ARNAUD, me dira t'elle, était « un ami proche de la famille » et ils avaient fêté, ensemble, avec sa gouvernante, ses 80 ans. Marcel ARNAUD, même à cet âge, était très actif, il se levait tôt et s'étonnait – quand Madame SERRE ne l'était pas aussi... Il faisait tous ses voyages en train.

Louis SERRE revenait sur certains aspects des relations avec les organisations. « Les pompiers n'aimaient pas Marcel ARNAUD car ils estimaient et lui disaient qu'il lui retirerait leur travail », (les accidentés de la route).

Au ministère de l'Intérieur (DSC), « ils ont bloqué » effectivement la participation de Didier Burggraeve à la Commission Nationale de Secourisme. Et Marcel ARNAUD avait dit alors « Mais c'est un jeune, laissez le s'exprimer (parler) ! ».

L'affaire du permis de conduire avait progressé au sein de la DSC ; il avait été accepté une formation pour les candidats ; c'est le ministère des transports qui a fait machine arrière, selon ce que me dira le Professeur SERRE, sans que Christian GERONDEAU ne puisse alors s'y opposer ou y faire face ! (Mais précisons qu'il n'était que le Directeur de la sécurité civile – toutefois également le délégué interministériel à la sécurité routière. Il aurait pu s'appuyer sur la décision du CISR de novembre 1974 qui avait validé, sous la présidence du Premier ministre, un enseignement pratique des gestes de survie pour les candidats aux permis de conduire). Mais on ne refait pas l'histoire !

Louis SERRE me parla de François NEUVEUX qui passa sa thèse de médecine avec les encouragements et l'aide de Marcel ARNAUD. Ce dernier le considérait comme un « fils » spirituel, sinon adoptif sur le plan humain.

J'ignorais ces détails. Mais je ne fis la connaissance du Docteur NEUVEUX qu'en 1997 à Marseille. Il a conservé, en souvenir, la canne du Professeur ARNAUD qu'il appelle, *comme le faisait aussi Louis SERRE, Monsieur ARNAUD*. Il voulut bien me confier les archives de Marcel ARNAUD et j'ai été très sensible à la confiance qu'il m'a ainsi témoignée. Ces archives dont certaines pièces uniques, donc inédites, seront insérées dans ce tome IV.

Ci-dessous, avec Louis SERRE, chez lui, le 5 août 1993 (photo prise aimablement à ma demande par Madame SERRE).



Puis j'ai évidemment continué à correspondre et parfois à joindre par téléphone le Professeur SERRE. Ainsi, par cette lettre du 20 juillet 1996, je lui rendais compte du suivi de ses conseils, même si le contact avec le Professeur Louis LARENG n'avait pas donné grand-chose. Philippe LAUWICK* l'avait « relancé » lors d'une rencontre au MEDEC. « Que me veut-il » lui avait-il répondu (?).

C'est l'époque où, sur la proposition justement du Président de la FNPC, une « nouvelle » formation, relative à l'accident de la route, était en préparation, afin de répondre au souhait de former les usagers de la route.... Mais il n'en fut rien, c'était une formation – complémentaire – à l'AFPS dont le temps de formation s'ajoutait. Soit au total au moins 20 heures de formation ! Impossible à envisager pour les candidats aux permis de conduire évidemment.

J'avais dit à Philippe LAUWICK que je souhaitais rencontrer personnellement le Professeur LARENG. En effet, je ne lui avais, et je ne lui ai toujours pas à ce jour, parlé directement ! Et il lui avait répondu « Que me veux-il » ? Comme il n'avait rien compris au projet des « 5 gestes », je trouvais indispensable que son initiateur le lui explique face à face. Toutefois, le Professeur LARENG avait été destinataire de plusieurs documents (mémoires) sur les « 5gestes qui sauvent ». On ne peut pas dire qu'il n'en savait rien.

Bien sûr, dans ce courrier du 20 juillet 1996 j'évoquais aussi la mémoire de Marcel ARNAUD et les initiatives – renouvelées – du Docteur André SOUBIRAN, soit dans le cadre du MEDEC (tout cela sera expliqué dans le tome V), soit dans la revue de l'ACMF.

Et le lundi 3 février 1997 j'avais à nouveau la chance, le plaisir, l'honneur de revoir Louis SERRE et son épouse à Saint Laurent. Je lui remettais à cette occasion des courriers échangés avec le Professeur LARCAN de Nancy, créateur du « service SOS » avec les sapeurs pompiers, que j'avais sollicité afin, le moment venu, inaugurer la 5^{ème} rue, dans notre agglomération au nom du Professeur ARNAUD, à Wasquehal, ville où j'avais créé, en 1969, ma première association de Secourisme (ESPC).

L'entretien dura 2 heures. Plusieurs observations de Louis SERRE me semblent essentielles à rapporter :

« Au début des années 70, il y avait des réticences pour les « gestes » au permis de conduire, mais Marcel ARNAUD était pour ». A ma question, pourquoi ces réticences ? « Pour une question de coût » répondit Louis SERRE (Il est vrai qu'en 2006 on ose reprendre ce prétexte ! Comment font les allemands, les autrichiens, là où une telle formation pratique (Cf. mémoires sur les « 5 gestes qui sauvent ») est obligatoire pour obtenir un permis de conduire ? Depuis plusieurs dizaines d'années !

« Louis LARENG s'entendait bien avec Marcel ARNAUD » me précisa t'il. « Il a créé son SAMU (Toulouse) quasiment en même temps que lui, à Montpellier. Mais c'est vrai qu'au départ, Louis SERRE pratiquait comme Paul BOURRET les interventions primaires (SMUR) ; la coordination, et les « secondaires », furent organisées ensuite.

Je lui remettais la « nouvelle » brochure « 5 gestes (édition 1993). Il me demanda de la lui dédicacer. Comment un homme comme lui, Professeur agrégé, précurseur avec Marcel ARNAUD de la médicalisation des secours dans notre pays, pouvait-il demander à un simple moniteur de Secourisme de lui dédicacer cette petite brochure...

Je sais qu'il avait beaucoup d'estime pour moi, qu'il savait que j'honorerai la mémoire de Marcel ARNAUD, que je ferai connaître son œuvre. Il savait aussi que ces sentiments étaient réciproques à son égard. Oui, j'avais de l'admiration pour Louis SERRE, j'aimais cet homme et sa façon qu'il avait de m'accueillir comme si j'étais une personnalité importante ; de ma part il y avait un profond respect, une relation partagée d'avoir eu l'honneur d'aider Marcel ARNAUD dans son œuvre, lui pour les SAMU, moi pour le grand public.

* Alors Vice Président de l'ASAR. J'avais cédé (volontairement, 10 ans c'était suffisant), en 1989, la Présidence de l'ASAR à Philippe LAUWICK, médecin généraliste à Roubaix et qui m'avait suivi pour le Secourisme depuis le début de sa formation.

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 20 juillet 1996

DIDIER BURGGRAEVE
PRESIDENT

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
SAINT-LAURENT-LE-MINIER

Cher Professeur,

Depuis notre conversation téléphonique de ce début d'année et votre suggestion, j'ai donc écrit le 26 février au Professeur Louis LARENG maintenant le Président de la F.N.P.C.

Il n'a pas répondu à ce courrier mais le Docteur Philippe LAUWICK, Président de l'ASSARN (Secouristes) et membre du CAPSU a eu l'occasion de le rencontrer en avril au MEDEC à PARIS lors d'une conférence sur la télémédecine.

Evidemment le Professeur LARENG est fort occupé par ses diverses activités et ce qui semble être aujourd'hui sa priorité, la télémédecine.

Lors d'une brève conversation avec lui Philippe LAUWICK a cru relever une confusion entre ce que nous voulons concrétiser à destination du grand public - et notamment des usagers de la route, via le permis de conduire - et la formation spécialisée en secourisme routier citée par le Professeur LARENG ?

Nous avons appris par ailleurs que le Médecin en Chef JULIEN est désormais le conseiller médical du directeur de la sécurité et circulation routières (délégué interministériel). Elève lui aussi de Marcel ARNAUD m'aviez-vous dit lors de notre rencontre chez vous en août 1993 (il devait être à cette époque médecin-aspirant ?) il est possible qu'un contact avec lui puisse l'orienter enfin dans cette direction...

Je vous adresse par ce courrier, les "dossiers du CAPSU" n° 16. Ce document fait le point de nos démarches; ainsi qu'un autre document diffusé actuellement et dans lequel on évoque l'année 1997 qui sera l'année des 30 ans des "5 GESTES" mais aussi les 20 ans de la mort de Marcel ARNAUD.

.../...

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

040

Pour cette année 1997, nous allons intensifier nos actions pour l'acceptation officielle du concept des "5 gestes" mais nous allons aussi rendre Hommage à Marcel ARNAUD.

Des démarches sont en cours pour une 5ème rue à son Nom dans l'agglomération de ROUBAIX qui serait inaugurée au printemps. J'ai pensé au Professeur LARCAN, qu'en pensez-vous ?

Ensuite, au MEDEC 1997, il y aurait, grâce à la fidélité du Docteur André SOUBIRAN, une conférence sur l'action exceptionnelle de Marcel ARNAUD et une autre sur les premiers secours à apporter aux accidentés de la route dans la lignée de l'oeuvre de notre Maître.

Vers le 18 août, comme il y a 10 ans, nous nous retrouverions à MARSEILLE et dans la rue qui porte son Nom dans cette ville où il a oeuvré une grande partie de sa vie.

C'est pour vous parler de tout cela que je souhaite vous revoir, si vous le voulez bien lors d'un de mes prochains passages dans la région de Nîmes.

Egalement, je vous renouvelle ma demande de recevoir de votre part tous documents, photos, dossiers que vous auriez de Marcel ARNAUD et qui pourraient nous servir à honorer sa mémoire et surtout à défendre son oeuvre.

Je vous remercie de me confirmer votre accord pour notre rencontre et de me dire comment il me serait possible de prendre en charge ces archives, sachant qu'elles sont à PALAVAS, sauf erreur de ma part. Evidemment, nous pourrions nous y rencontrer directement sur place si vous le souhaitez.

Je vous prie de croire, Cher Professeur, en mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Didier BURCGRAEVE

Je l'avais trouvé mieux, physiquement, depuis notre dernière rencontre ; ce que Madame SERRE m'avait confirmé selon l'avis de ses visiteurs. Il avait en effet un peu récupéré de son hospitalisation.

Enfin, Louis SERRE dira ce jour là « qu'il fallait lier le permis de conduire aux 5 gestes pour l'obligation ». Puis, évoquant l'échec de la voie réglementaire, c'est-à-dire des contacts multiples avec trois ministères, des centaines de parlementaires pour les démarches (lettres et questions écrites), des dossiers aux cabinets des premiers ministres et des présidents de la République (durant 30 ans !), je lui annonçais le dépôt d'une proposition de loi à l'Assemblée Nationale

Le 6 mars, je lui adressais une lettre pour le remercier de son accueil et pour l'informer avoir conversé par téléphone avec son collègue et ami, le Médecin Colonel Charles PRIM, du Var. Je remettais au Professeur SERRE le dernier mémoire écrit sur les « 5 gestes qui sauvent ».

Puis le 19 avril 1997. En lui remettant la proposition de loi déposée pour la formation **pratique** des candidats à tout permis de conduire, aux « 5 gestes qui sauvent », en 5 heures. Et le 27 juillet en lui adressant le tome I sur l'œuvre de Marcel ARNAUD « Le phare des secours d'urgence en France ». Puis le 25 août, après la cérémonie à Marseille, pour les 20 ans*, les informations sur la cérémonie.

Par ma lettre du 21 décembre 1997, j'évoquais la nouvelle formation « premiers secours sur la route » qui, hélas, comme nous l'avions prévu, n'apportera pratiquement rien (Ce sujet précis a été évoqué dans un dossier sur les « 5 gestes qui sauvent »).

Puis ce fut ma dernière rencontre avec le Professeur Louis SERRE, le mercredi 25 février 1998. J'avais reçu en début d'année une petite carte, écrite par Madame SERRE, pour les vœux que nous échangeons en cette période. Les nôtres étaient tellement sincères alors que pour beaucoup il s'agit d'une formalité administrative, voire une corvée...

Cette petite carte, ci-dessous, a donc beaucoup d'importance pour moi car Monsieur et Madame SERRE suivaient attentivement mon action et ainsi l'encourageaient par ces quelques mots.

* qui sera évoquée dans le tome V.

Mr et M^{me} Louis SERRE

*vous adressent leurs meilleurs vœux
pour 1998, merci de votre fidèle
amitié.*

*Nous suivons avec intérêt vos diverses
occupations espérant que cette année*

1, Rue Antoine Carles
30440 SAINT LAURENT LE MINIER

Tél. 67 73 80 12

*soit celle de la vie
tant d'efforts*

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'Un ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAERT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 6 mars 1997

Monsieur le Professeur Louis SERRE

Mon cher Professeur,

J'ai été très heureux de vous revoir, vous le savez, ainsi que votre épouse lors de mon dernier passage en votre domicile, le 3 février dernier. Je vous remercie de votre accueil.

J'ai eu au téléphone le Docteur PRIM qui m'a demandé de vos nouvelles. Je lui ai dit que je vous avais trouvé en meilleure forme ce qui l'a réjoui.

Il a été heureux que nous parlions de Marcel ARNAUD et je l'ai prévenu de ce que nous ferions à MARSEILLE vers le 18 août en Hommage à notre Ami pour le 20ème anniversaire de sa disparition.

Avec regret il a évoqué la méconnaissance des nouveaux médecins sapeurs-pompiers ou ceux en exercice depuis quelques années, de l'oeuvre du Professeur ARNAUD dont le portrait aurait été retiré à l'école de VALABRE ce qui le déçoit fortement.

Je lui ai dit qu'il recevrait prochainement un dossier sur la campagne des 5 GESTES QUI SAUVENT, dossier que je vous remets sous ce pli.

Je vous remercie de me dire - ou de me faire écrire par votre épouse s'il elle l'accepte - toutes les observations, suggestions, critiques que ce document vous inspire. Car je dois rédiger un autre dossier pour les 30 ans, pour le 24 septembre prochain date anniversaire.

En vous remerciant encore de m'avoir permis de vous revoir et de bavarder avec vous et votre épouse, je vous prie de croire, Mon Cher Professeur, en mes sentiments les plus amicaux.


Didier BURGGRÄVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. 59390 VYS-LEZ-LANNOY

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 19 avril 1997

Monsieur le Professeur Louis SERRE

Mon Cher Professeur,

J'espère que vous avez bien reçu mon dossier sur les 5 GESTES QUI SAUVENT qu'a bien réceptionné le Docteur PRIM qui m'a d'ailleurs répondu.

Sa diffusion se poursuit. Il a été adressé au Président de la République. Je le fais parvenir au Professeur CARA.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-inclus, la proposition de Loi que j'ai préparée et qui a été déposée par un Député du Nord pour les 5 GESTES QUI SAUVENT au permis de conduire.

Je n'ai pas ménagé mes efforts afin de faire passer cette idée par la voie réglementaire mais hélas sans aboutir... C'est la raison pour laquelle je me tourne vers la voie législative.

Si l'Assemblée Nationale est prochainement dissoute, cette proposition devient évidemment caduque. Toutefois, j'aurai connaissance des co-signataires et d'ici la rentrée je contacterai l'un d'entre-eux, réélu, afin de déposer une nouvelle proposition que nous allons d'ailleurs légèrement corriger et compléter.

Je réfléchis actuellement à la cérémonie pour Marcel ARNAUD à MARSEILLE le dimanche 17 août.

En espérant de vos nouvelles, je vous prie de croire, Mon Cher Professeur, en l'expression de mes meilleurs sentiments.

Didier BURGGRAEVE

*Inclus comme prévu les
photos suite à mon passage
du 3 février*

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 27 juillet 1997

Monsieur le Professeur Louis SERRE

Mon Cher Professeur,

Je viens d'achever le document-Hommage à notre Ami
Marcel ARNAUD et je vous l'adresse immédiatement.

Vous êtes cité souvent et je rends compte de votre
venue à LYS LEZ LANNOY les 27-28 avril 1985 afin
d'inaugurer la première rue de France portant son
Nom.

Egalement, vous retrouverez des textes d'autres de vos
compagnons de route et disciples, comme vous, de celui
qui a tout créé et à qui nous rendrons Hommage le
17 août à Marseille.

Le Docteur François NEUVEUX fera le déplacement ainsi
qu'un membre de la Fédération Nationale de Protection
Civile (je ne sais s'il s'agit d'Ida GUINOT ou d'un
autre membre dirigeant).

Enfin, j'ai eu au téléphone il y a quelques jours le
Professeur Pierre JOLIS qui sera avec nous.

J'espère vivement que vous pourrez être des nôtres car,
sans contexte, à travers les conversations avec vos
confrères ou leurs écrits, vous avez été un des tout
proches de Marcel ARNAUD, de son vivant, mais surtout
vous le restez après sa disparition.

Je vous téléphonerai peu avant cette date. Je serai dans
un hôtel proche de Mazargues dès le samedi 16 où il est
possible de vous accueillir afin que vous puissiez vous
reposer si vous le voulez.

A très bientôt; mes Hommages à madame votre épouse.

Didier BURGGRAEVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 25 août 1997

Monsieur le Professeur Louis SERRE

Mon Cher Professeur,

Même si nous avons tous regretté votre absence en ce 17 août à MARSEILLE, votre décision a été sage et il était normal que vous vous absteniez de ce déplacement.

Je vous remets ci-inclus copie de mon intervention à l'hôtel après la cérémonie au cimetière.

Dès que possible, lors d'un passage dans la région, il est prévu que je prenne contact avec le Docteur NEVEUX afin de récupérer les documents dont il dispose encore de Marcel ARNAUD. Ces pièces seront triées puis nous prendrons une décision en fonction des sujets (neuro-chirurgie ou traumatologie routière).

Vous trouverez également copie des deux articles de presse parus justement ce 18 août, date anniversaire.

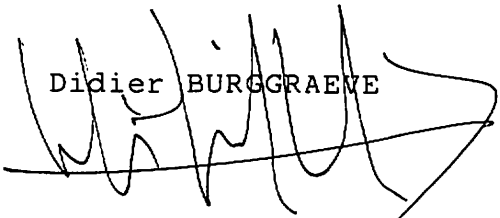
Le tome II sur Marcel ARNAUD devrait paraître au cours du 2ème trimestre 1998 au moment de l'inauguration de la 5ème rue "Professeur Marcel ARNAUD - Précurseur des SAMU" dans notre agglomération.

J'ai appris par le Commandant MONET, représentant le nouveau directeur de l'école de NAINVILLE, présent au cimetière, qu'il existait une rue Marcel ARNAUD à SALON DE PROVENCE depuis fin 1992.

Je vous adresserai une photo de notre hommage.

Je vous prie de croire, Mon cher Professeur, en mes meilleurs sentiments que vous voudrez bien partager avec votre épouse.

Didier BURGGRAEVE



C.A.P.S.U.

**Conseil d'Action pour la Prévention
Accidents et les Secours d'Urgence**

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de l'Intérieur
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Sécurité"

Le 21 décembre 1981

Monsieur le Professeur

SAINT-LAURENT-LE-MARCAIS

Mon Cher Professeur,

J'espère que vous avez bien reçu la lettre du "CAPSU" d'octobre dernier dans la lettre adressée par le CAPSU à tous les enseignants pour soutenir la proposition de loi dite "QUI SAUVENT", formation pratique obligatoire pour tout permis de conduire.

S
r

Vous trouverez ci-inclus le dossier bilan à mi-novembre des réponses et remarques.

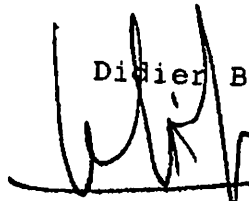
Nous avons demandé aux deux principaux concernés (intérieur - transports) de faire un arrêté qui était prévu afin de mettre en place un enseignement complémentaire dit de "la route" qui, d'après le peu d'informations que nous avons, serait de 10-12 h et s'adresserait aux volontaires.

Il s'agit d'une erreur de plus. La proposition de loi permet d'atteindre le but. Il est regrettable que le groupe présidé par le Professeur LARENG ne soit pas intervenu (je l'avais d'ailleurs contacté pour la gestion...mais il ne m'a jamais répondu).

J'espère pouvoir vous revoir lors de votre passage à Nîmes en début d'année,

Bien cordialement à vous et votre épouse

Dominique B...



Association de bénévoles pour une action nationale de
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

Ce fut ma dernière visite à Saint Laurent le minier, ma dernière rencontre avec Louis SERRE, nos derniers échanges. Le mercredi 25 février 1998.

Je lui faisais part de mes dernières démarches. Je lui avais apporté copie d'une lettre de la ville de Salon de Provence suite à l'envoi du tome I dédié au Professeur Paul BOURRET (cet échange a été inséré dans le tome suivant).

Ses souvenirs le guidèrent pour revenir à la fameuse soirée au cercle des armées, en mai 1971 dont il m'avait déjà parlé. Comme s'il voulait me convaincre que le Professeur ARNAUD appréciait ce que je voulais faire, il me confirma « Après votre intervention, Marcel ARNAUD me dira : celui-là il faut s'en occuper et le soutenir ».

Evidemment, je ressentais de la fierté, ça vibrait à l'intérieur de moi. C'était, face à moi, le fondateur du premier SAMU qui me faisait part de la réflexion du fondateur de la traumatologie routière à mon égard. Comment ne pas en rester imprégné. Marcel ARNAUD, au micro, devant tout le monde avait, je l'avais donc entendu, indiqué que j'avais dit des choses valables ; mais à Louis SERRE, ses paroles avaient été autres, il s'agissait de me « soutenir ».

Dans le désordre de nos échanges, qui toutefois revenaient toujours sur Marcel ARNAUD, sur les « 5 gestes », et le Secourisme dans notre pays, Louis SERRE eût une mention pour le Docteur MENTHONIX du SAMU de Grenoble à qui il souhaitait que j'adresse le tome I sur l'œuvre de Marcel ARNAUD, écrit, comme le dira le Docteur André SOUBIRAN par « des Secouristes routiers » et non par des médecins....

Revenant sur les dates qui divisent encore aujourd'hui les anciens de cette épopée, il fut très clair et je notais ce qu'il disait au fur et à mesure :

1957 BOURRET (à Salon, tout le monde était d'accord – il y avait des écrits de sa part pour expliquer l'expérience) ; 1958 SERRE (à Montpellier), ce fut, outre un SMUR comme Paul BOURRET, un nouveau « système » de coordination ; 1962-63, LARENG, (Toulouse), LARCAN (Nancy) sans oublier le Professeur CARA qui avait mis en place le transport médicalisé des sujets atteints de la poliomyélite.

« Le vrai fondateur, le concepteur des SAMU d'aujourd'hui, c'est bien Marcel ARNAUD et non le Professeur LARENG qui a fondé à Toulouse une organisation pour les transports de malades graves et blessés. Ce qui devenait pour la ville un SMUR et un SAMU pour le département.... LARENG nous appelait pour se renseigner. La premier c'est Paul BOURRET, le second SMUR fut celui de Montpellier, puis les autres au début des années 60 ».

Et Louis SERRE me rappela une seconde fois (je voyais bien qu'il en retirait également de la fierté) qu'à la mort de Marcel ARNAUD, on avait retrouvé sur sa table de chevet son ouvrage « gestes élémentaires de premiers secours », sorti au 2^{ème} trimestre 1977, c'est-à-dire juste avant sa mort (dont des extraits sont insérés dans ce tome IV).

Enfin, sur le terme SAMU, de nombreuses discussions avaient eu lieu entre le Professeur ARNAUD, Louis SERRE et René COIRIER au ministère de la santé. On pensait à « système » puis à « service ». C'est le second qui fut proposé et retenu.

Avec son accord, je prenais quelques photos. Il me montra sa « médaille du SAMU » qui lui avait été remise, justement, par le Professeur Louis LARENG (qui fut le Président du SNAMU, c'est-à-dire du syndicat national de l'aide médicale urgente). Il en était fier, cela se voyait.

Ce fut le moment de repartir, je ne voulais pas le fatiguer. Louis SERRE insista pour me raccompagner jusqu'à mon véhicule, sur le petit parking à l'entrée du village, à quelques dizaines de mètres de sa rue.

Nous marchions lentement tous les deux. En arrivant sur le parking, face au ruisseau, il me dit qu'il avait failli se noyer quand il était gamin (il avait environ 5-6 ans à l'époque), et que c'est son père qui le rattrapa de justesse....

Nous savions que c'était peut être notre dernière rencontre. Il s'était encore affaibli, la maladie était là ; parfois on ne disait rien durant quelques secondes alors que lors de nos entretiens, nous parlions constamment, à tour de rôle, soit lui, soit moi. On laissait s'écouler un peu de temps, quelques secondes du présent qui deviendraient notre passé.

Je quittais Louis SERRE plein de reconnaissance pour cet homme qui, totalement dévoué à sa cause, n'avait pas eu le temps d'écrire quelques pages de l'histoire du SAMU, ni de conserver quelques archives pour que nous puissions le faire pour lui, pour son œuvre.

Le 26 avril, j'écrivais au Professeur SERRE. Je lui remettais le nouveau mémoire sur les « 5 gestes » (30 ans de campagne), soit le 5^{ème} ! Je citais les noms des héritiers de Marcel ARNAUD, notamment Robert DEJOUR (SRF), le Médecin Colonel PRIM (Var), Mais, « sa » conférence, à Toulon, en 1972, avec l'ANUR, avec le Docteur PRIM ne pouvait pas être absente de ce nouveau mémoire destiné à convaincre les pouvoirs publics de retenir le concept pour le permis de conduire.

Par un PS, je l'informais de mon rendez-vous au cabinet de Bernard KOUCHNER, alors Secrétaire d'Etat à la Santé*.

* J'ai pu déposer au cabinet du ministre le 5^{ème} mémoire – épais – qui a très impressionné la personne de son cabinet qui m'avait reçu.... Mais cette démarche n'aura aucune suite, ce ministère, à cette époque, se désintéressant totalement du secourisme. Ce n'est pas mieux aujourd'hui !

Ci-dessous, dans sa maison de Saint Laurent le minier, Louis SERRE tient et me montre « sa » médaille du SAMU (Mercredi 25 février 1998) :



C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 26 avril 1998

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
rue Antoine CARLES,
30440 SAINT-LAURENT-LE-MINIER

Mon Cher Professeur,

J'ai l'honneur de vous adresser, par ce courrier, le dossier consacré aux 5 GESTES QUI SAUVENT - 30 ans de campagne.

Vous y retrouverez le bilan réalisé en 1984 - et que je vous avais fait parvenir à l'époque -, l'article de René COIRIER, le rappel de la fameuse conférence à PARIS sur le "secours aux blessés de la route" où vous étiez avec Marcel ARNAUD.

On y parle de tous ceux qui, avec vous et autour de Marcel ARNAUD ont oeuvré pour sauver des vies humaines en améliorant les secours. Robert DEJOUR, Charles PRIM...

J'ai retrouvé un article de presse de 1975 lors du passage de Marcel ARNAUD en Moselle. J'espère que mon appréciation vis à vis "des SAMU" vous conviendra.

Vous vous retrouverez, à côté du Docteur PRIM, à Toulon, en 1972, pour les "5 GESTES"; votre article (1985) dans la revue du S.R.F, l'opinion de Léon ROBINE sur les G.E.S également (1986).

Enfin, il y a du nouveau en 1997 avec les "8 gestes qui sauvent" (?) de la C.R.F mais aussi l'expérience dans le Nord de l'enseignement des 5 GESTES dans 250 collèges; également la tentative de la F.N.P.C de lancer les "6 gestes" et les dernières informations sur l'expérience Suisse.

Le prochain dossier fera le point sur ce qui se passe en Belgique.

En attente de vous entendre au téléphone, je vous prie de croire, Mon Cher Professeur, en mes meilleurs sentiments que vous voudrez bien partager avec votre épouse.

Didier BURGGRAEVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention

- déclarée en Préfecture du Nord -

C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

P.S : Excusez-moi de placer un PS à cet endroit.
Je voulais vous informer que je suis reçu
demain après-midi au cabinet de B. KOUCHNER.

050

Madame SERRE me fit parvenir une petite carte (postée le 26 juin 1998 de Saint Laurent). J'appris alors qu'elle lui lisait les documents que je lui faisais parvenir, car Louis SERRE était très affecté. Elle précisa qu'il était « très sensible à votre fidèle amitié ». Venant de lui, et de Madame SERRE, c'était plus qu'un remerciement. Mais comment ne pas resté attaché à un homme, désintéressé, - comme l'était Marcel ARNAUD -, qui a tant accompli car « le premier a fait la moitié de la besogne » ?

Ces écrits sont donc pour moi très précieux, ils m'encouragent à continuer l'œuvre de mes aînés, même si je ne suis ni médecin, ni de la trempe de mon Maître Marcel ARNAUD bien évidemment, ni au niveau du Professeur Louis SERRE. Ce sont des témoignages qui, en quelque sorte, deviennent un « passage de relais » entre les générations. Ainsi, je poursuivrai l'œuvre, car elle n'est pas encore achevée en ce qui concerne le « public », c'est-à-dire tous nos concitoyens.

Et, le mardi 10 novembre au soir, je recevais un appel téléphonique de Madame SERRE qui m'apprenait que Louis SERRE, hospitalisé, était dans un coma profond et que c'était hélas la fin de sa vie. Notre ami nous quitta en effet en ce jour du 11 novembre 1998.

Il me fut impossible de me libérer professionnellement pour me rendre à Saint Laurent pour les obsèques de Louis SERRE et je le regrettais amèrement. Il m'était impossible de repousser mes engagements. J'avais évidemment relevé dans « Le Figaro » le faire part de décès du « professeur Louis SERRE, fondateur et directeur du SAMU de l'Hérault ». Il fut réservé toute sa vie, ne se mettant pas « en avant » là où d'autres le faisaient en permanence, il parlait des autres, de tous les autres, avant lui-même, alors que c'est lui qui aura mis en place le premier SAMU, comme Paul BOURRET le premier SMUR.

Le dimanche 15 novembre, j'adressais une lettre manuscrite à Madame SERRE pour lui exprimer ce que je ressentais. Je crois en effet que nous avons construit un lien d'amitié entre nous.

Je me rendis en 1999 à Saint Laurent afin de me recueillir sur la tombe de Louis SERRE. Madame SERRE voulut bien me confier quelques documents et diapositives que, de retour chez moi, je plaçais à proximité des archives de Marcel ARNAUD, afin de les utiliser, comme prévu, pour rappeler leur œuvre commune.

Et le Professeur Louis SERRE, en accord avec son épouse, fut nommé Membre d'honneur du CAPSU et rejoignit Pierre BLAHA, notre compagnon de route des « 5 gestes », dès 1970, mort en 1995 et Haroun TAZIEFF, autre combattant de l'impossible, décédé quelques mois avant Louis SERRE en 1998.

Le Docteur SOUBIRAN accepta de rendre hommage à Louis SERRE dans sa revue de l'ACMF et me proposa de rédiger le texte. Ce que je fis avec beaucoup d'honneur, car cela me permettait de me remémorer mes principales rencontres avec Louis SERRE, de les relater et de lui rendre hommage.

Ce texte est paru dans la revue de l'ACMF (ci-après), dans le n° 412 de janvier/février 1999. Mais je lisais avec plaisir, mais aussi émotion, l'article qui lui fut consacré dans « Urgence pratique ». Merci au Docteur DESLANDES pour ce beau témoignage. Enfin, dans la revue de l'ANIMS, son Président, le Médecin Général NOTO et le Professeur Pierre JOLIS lui rendirent également un hommage mérité.

Ces textes ne nous apportent pas des dates précisent, car il y a une différence entre, les débuts, soit l'expérimentation, et la création administrative officielle d'un service, avec le sceau officiel. Mais retenons que tout est désormais clair, les deux premiers créateurs de nos SMUR et SAMU furent les Professeurs Paul BOURRET et Louis SERRE.

Le tome II mettait en exergue l'action du Professeur et je m'empressais de le faire parvenir à Madame SERRE le 25 février 1999. Dans ma lettre, je prévoyais de me rendre à Saint Laurent.

M^r et M^{me} Louis SERRE

Vos lettres nous sont bien parvenues
je les ai lues et commentées à mon
mari qui même sans un très
grand talent, il se reconnaît
tout doucement sur lui-même.
Son affection reste inébranlable

1, Rue Antoine Carles
30440 SAINT LAURENT LE MINIER

Tél. 67 75 80 12

mais il durait très vite inquiet.
Il est très sensible à votre fidélité
amitié. Je prends sur moi
de vous répondre car je n'ai
malgré tous mes efforts qu'il
me le faire jamais
Affectueux vœux
P. S.

VENDREDI 13 NOVEMBRE 1998

Mme Louis Serre,
son épouse,
ses enfants et petits-enfants,
sa famille
ses amis
ont la tristesse de vous faire
part du décès de

professeur Louis SERRE
fondateur et directeur
honoraire du SAMU
de l'Hérault,

survenu à Montpellier,
le 11 novembre 1998.

La cérémonie religieuse
sera célébrée ce vendredi
13 novembre, à 15 heures,
en l'église de Saint-Laurent-
le-Minier (Gard).

1, rue Antoine-Carles,
30340 Saint-Laurent-
le-Minier.

Didier Burggraeve

15 Novembre 1998.

Chère Madame SERRE,

J'en vivement regretté, vendredi, de ne pouvoir me libérer de mes contraintes professionnelles afin d'être parmi vous à Saint-Laurent pour les obèques de votre mari. Certes, je suis triste de le voir nous quitter, mais sa maladie, ses souffrances, l'ont miné de l'intérieur et il ne devait pas vivre cette situation facilement, surtout quand je me remémore comment il était il y a 25 ans quand il nous faisait un exposé magistral sur la rémunération, sans aucune note.

Votre mari n'aura pas été pour moi uniquement l'ami fidèle et dévoué, le disciple et l'héritier de l'œuvre de Marcel ARNAUD. Je sais qu'il était souvent en ma faveur pour défendre mes positions et mon action qui se sont inscrites à l'opposé des pouvoirs publics et notamment de fonctionnaires incompetents.

Comment aussi être insensible à sa chaleur humaine vis à vis de l'autre. Je crois que vous avions construit ensemble, depuis sa venue en 1985 à Cys les Châtaignes pour inaugurer la 1^{ère} rue Marcel ARNAUD, autour de la mémoire de notre Ami, un lien d'Amitié sincère entre deux hommes qui ont chacun consacré leur vie ou une bonne partie à secourir les autres, à tenter de les sauver et à imaginer comment chacun d'entre eux devrait être capable d'accomplir, en cas de détresse d'autrui, les gestes essentiels pour le sauver.

Je sais toute l'attention qu'il avait pour notre combat des "5 gestes qui sauvent" et je regrette que la proposition de loi ne soit pas encore venue

à l'ordre du jour de l'Assemblée Nationale
afin qu'il ait un espoir de réalisation.

Bien sûr, il ne sera pas oublié et c'est justement
pour demeurer un témoin vigilant de ce qu'il a
fait, avec Marcel ARNAUD, que j'aimais à parler
avec lui (et vous) de ce passé extraordinaire
dont ils ont été les artisans, pour mes témoignages
futurs.

Dans le tome II sur Marcel ARNAUD que je dois
réviser en fin d'année, Louis SERRE y sera de
nouveau en filigrane, en permanence, tant sa
fidélité et sa loyauté envers le fondateur des
SAOIR auront été indéfectibles.

Ce qu'il m'a dit lors de nos rencontres sera fidèlement
rapporté.

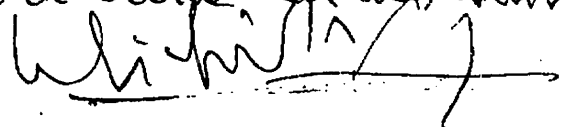
Chère Madame SERRE, nous resterons en contact
et, comme je vous l'ai dit par téléphone vendredi,
je reviendrai à Saint-Laurent pour rendre
Hommage à Louis SERRE dont je m'honore
d'avoir été, je crois, aussi, l'Ami.

Je souhaite que le CAPSU, aussi, puisse l'honorer
et ainsi rappeler son action - comme nous
l'avons déjà fait à travers nos bulletins
associatifs.

Accepteriez-vous, comme l'avez fait Madame
TALIEFF en unanimité pour son mari, que nous le
nommions "Membre d'Honneur" du CAPSU et
ainsi expliqués son travail et publiés ses textes.

CAPSU, qui, vous le savez, mène en France la
Campagne des "5 gestes qui sauvent".

En attendant de pouvoir vous revoir m'associant
à votre peine, je vous prie de croire, en mes sentiments
sincères et amicaux.



LOUIS SERRE

L'Ami, le Disciple, le Fidèle de Marcel ARNAUD, nous a quittés.

Le Professeur Louis SERRE, qui créa le SMUR, puis le SAMU de Montpellier, nous a quittés le 11 novembre 1998.

C'était, avec le Médecin-Colonel Pierre DUFRAISSE, Robert DEJOUR et quelques autres, l'un des plus fidèles compagnons du Professeur Marcel ARNAUD, celui qui créa une nouvelle discipline, la traumatologie routière, inventa le secourisme routier, fut le précurseur de la médicalisation des secours, avec le Professeur Paul BOURRET à Salon de Provence en 1956-57, et des SAMU, avec la création d'équipes de secours médicalisées (GMUR - UMH) qu'on appellera définitivement SMUR, donnant ainsi naissance aux SAMU.



Le Professeur Louis Serre déposant une gerbe sur la tombe de Marcel Arnaud, le 18 août 1987.

1975, 1984, 1985, 1987, quatre dates qui me reviennent spontanément à la mémoire quand je repense à Louis SERRE.

1975 : nous sommes au CREPS de Mâcon où je prépare mon diplôme d'instructeur de Secourisme de la FFSS. Louis SERRE nous rejoint pour une séance sur la réanimation. Je découvre enfin, en direct, celui dont on m'avait tant parlé. Son cours est magistral : tout est dit dans le sens médical et dans le sens du Secourisme. Évidemment, le nom de Marcel ARNAUD ponctue fréquemment son exposé exceptionnel de précision et de vivacité.

1984 : c'est le congrès de l'ANIMS à Montpellier. Louis SERRE accueille l'équipe de l'ASAR* qu'accompagnent Pierre BLAHA et Roger HANTZ, deux figures du Secourisme à qui il faut aussi rendre hommage. Il nous attendait à l'entrée du centre hospitalier, patiemment, alors que nous étions un peu en retard (venant de Lys les Lannoy). Il nous fait visiter «son» SAMU. L'après-midi, il prend part activement au débat

avec les moniteurs de Secourisme, rappelle que la P.L.S.A. (de Marcel ARNAUD dont ce dernier eut l'idée en observant souvent des clochards presque inconscients et couchés spontanément sur le côté afin de ne pas s'étouffer avec leur régurgitations (1) et apporte une précision fondamentale sur la «traction axiale» mise au point par Marcel ARNAUD afin de préserver l'intégrité rachidienne des accidentés. Enfin, il confirme son attachement à une formation élémentaire de Secourisme («option route», disait-il) pour les candidats au permis de conduire.

1985 : la première rue de France portant le nom de «Professeur Marcel ARNAUD» précurseur des SAMU est inaugurée à Lys les Lannoy (agglomération de Roubaix), siège de l'ASAR, le 28 avril 1985, par le Professeur Louis SERRE, qui a traversé la France pour nous rejoindre et participer le 27 au soir à un exercice de secours : alors qu'il neige, Louis SERRE s'associe aux opérations de secours, et, du P.C., rejoint les différentes équipes sur le terrain ! (2).

1987 : pour commémorer le 10^{ème} anniversaire de la disparition de Marcel ARNAUD, celui qui fut «notre Maître à tous», l'ASAR prend l'initiative d'organiser une cérémonie, le 18 août à Marseille. Nous nous y retrouvons presque tous : Paul BOURRET (1^{er} SMUR de France), Louis SERRE, mais aussi Pierre DUFRAISSE, le sous-préfet ARRIGHI, le Professeur Pierre JOLIS, le Professeur Maurice CARA et son épouse, le Docteur André SOUBIRAN, M. Serge ADAM, Directeur du Secours routier Français... Au cimetière, la fille de Marcel ARNAUD dévoile la plaque que nous avons voulu déposer sur sa tombe. Je dépose la gerbe de l'ASAR, Louis SERRE celle de la FNPC, puis le Professeur Robert VIGOUROUX, lui-même élève de Marcel ARNAUD en neurochirurgie et devenu Maire de Marseille, dépose celle de la Ville de Marseille.

Dans toutes mes rencontres, y compris les dernières depuis 1992 jusqu'au 25 février 1998, date de notre dernière conversation à Saint-Laurent-le-Minier, où il s'était retiré, Louis SERRE m'a toujours

parlé avec admiration de Marcel ARNAUD.

Louis SERRE était un homme totalement dévoué - comme son Ami - à la cause des accidentés de la route. Il y avait en lui de l'humanisme, le désir de servir et une certaine réserve naturelle.

Nous avons perdu un des témoins essentiels de l'oeuvre accomplie par Marcel ARNAUD. Nous ne l'oublierons pas.

Didier BURGGRAEVE
Président du CAPSU

* ASAR - Association des Secouristes de l'agglomération de Roubaix créée en 1979 par Didier BURGGRAEVE, et regroupant outre Roubaix, les villes de Lys les Lannoy, Hem et Leers où il existe une rue «Professeur Marcel ARNAUD - précurseur des SAMU».

(1) - P.L.S.A. veut dire position latérale de sécurité et d'attente (des secours).

(2) - Cette journée mémorable est racontée dans le tome I «Marcel ARNAUD - le phare des secours d'urgence en France» dont Louis SERRE avait reçu un exemplaire en août 1997.

Le Professeur Louis Serre

Fondateur du SAMU de Montpellier

La Rédaction

Dans l'histoire de la médecine préhospitalière, le professeur Louis Serre tient une place à part. Il a été le premier à officialiser le concept et à le mettre en pratique au sein d'un service hospitalier. (C'est d'ailleurs auprès de lui que la plupart des membres de la rédaction se sont formés et ont trouvé leur vocation).

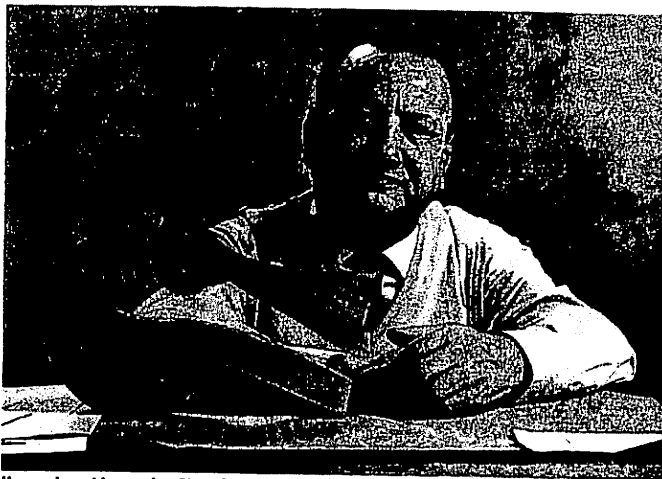
Henri Serre, médecin sous le 1^{er} empire.

UNE VOCATION FAMILIALE

Le Professeur Louis Serre descend d'une longue lignée de médecins. Le plus ancien connu était Henri Serre, médecin, dans la région déjà, sous le règne de Louis XIV. Protestant il se convertit au catholicisme sous la «pression» des Dragons du Roy. La famille Serre s'est toujours distinguée pour son esprit critique et son humanisme. C'est dans l'exercice de la médecine qu'ils ont, presque tous, exprimé l'altruisme qui les caractérise. Louis Serre n'a pas failli, malgré le souhait de son père de le voir suivre des études d'avocat. La médecine préhospitalière n'aurait peut-être pas connu le même développement s'il n'avait tenu bon, et suivi les pas de ces aïeux dans la faculté chère à Rabelais. L'anesthésie Réanimation prend son essor à Montpellier au début des années 50 avec Louis Serre et Jacques Du Cailar. Leur formation se concrétise par l'obtention en 1950 du Diplôme Supérieur d'Anesthésiologie de la faculté de Médecine de Paris. Tous deux

sont nommés assistants d'anesthésie réanimation des hôpitaux, Louis Serre étant affecté dans les services de chirurgie des Professeurs Aimes et Mourgues Molines. Ils sont, par la suite, nommés agrégés, Jacques Du Cailar en

cours. En effet déjà, en 1953, Monsieur Serre avait été le premier, en France, et parce que seul un anesthésiste était compétent (*ou assez inconscient*) pour le faire, assurer le transport, par la route et sur longue dis-



Un enseignant hors pair. - Photo SAMU 34.

1961, et Louis Serre en 1964. En 1963 est créé, au Centre Hospitalier Régional de Montpellier, un Département d'Anesthésie Réanimation (*le deuxième de France après Toulouse*). Il est confié à Jacques Du Cailar, et c'est au sein de ce département que Louis Serre met en place, à partir de 1965 le SAMU de Montpellier, qui devait s'autonomiser sous sa responsabilité en 1967.

UN PRÉCURSEUR

Cette création était l'aboutissement de longues années de travail des «moyens mobiles de se-

tance, d'un malade en détresse respiratoire. Il s'agissait d'une jeune poliomyélitique qu'il a ventilé à la main, et en économisant l'oxygène dont il disposait à bord, pendant 11 heures de Montpellier à Paris. En septembre de la même année il le referra le même voyage, mais en Nord-Atlas cette fois, et avec une patiente sous Respirateur à Pause Réglable. En 1958, Louis Serre est nommé



Un des premiers posé sur la DZ. - Photo SAMU 34.

Médecin des Sapeurs Pompiers, et tout de suite Médecin Chef, puisqu'il était alors le seul. Cette nomination s'est faite à la demande du docteur Pierre Levi, médecin inspecteur divisionnaire de la Santé, qui souhaitait voir s'améliorer la prise en charge des victimes par les Sapeurs Pompiers.

À ce stade, Louis Serre a cherché à fédérer ce qui existait et a obtenu, en 1960, la mise en place d'une coordination entre Protection Civile et Centre Hospitalier. Une règle était édictée : «chaque fois que c'est possible, en cas de sinistre ou d'accident, un médecin rejoint les Sapeurs Pompiers». On devait constater que la qualité de l'admission dans les services de soins en était grandement facilitée.

La tâche était lourde, il fallait enseigner, aller sur le terrain, proposer des plans de secours, et aussi inventer une nouvelle approche du secours. Le médecin Colonel Cot, à Paris, avait déjà médicalisé des ambulances, mais en site urbain uniquement. Et puis c'était de la capitale qu'il s'agissait !

Un document rare : Médecin chef des Sapeurs-Pompiers en 1958.





Le patron à l'ouvrage. - Photo SAMU 34.

CRÉATEUR DU VOCABLE SAMU

Tout nouveau médecin pompier, Louis Serre est convié à des réunions se tenant à Nainville les Roches où il peut rencontrer quelques uns de ses rares collègues de fonction, les docteurs Dufraisse, Prim, Jolis et Arnaud notamment. C'est à Nainville que s'est conçu le secourisme moderne, et c'est là aussi que l'idée de médicalisation des secours a germé. Ils se sont tous retrouvés

à Salon de Provence pour la fameuse réunion du printemps 1966. Conviés par le pionnier du secours médical, le docteur Bourret, ils ont retrouvé là leurs confrères Cara et Lareng. La grande aventure débuta peu après. Si incontestablement c'est monsieur Bourret qui a, le premier, proposé et utilisé le vocable «SMUR» pour Service Mobile d'Urgence et Réanimation, Louis Serre a inventé celui de «SAMU». Dans son esprit, d'ailleurs, au tout début il parlait de Système d'Aide

Médicale Urgente et non pas de service. Le premier numéro dédié à l'urgence était le 7.7.0.0. (Il sonnait directement dans le bureau de Louis Serre, et nous nous précipitions pour répondre depuis le jardin). C'est historiquement le premier numéro du tout premier SAMU. Sa première ambulance était un «Tube» Citroën, appartenant à la Croix Rouge et conduite par des ambulancières Croix Rouge.

LA GÉNÉROSITÉ AU SERVICE DE L'EFFICACITÉ

Cette complémentarité entre la Croix Rouge et le C.H.R. n'a pas été obtenue sans mal, car elle était alors peu inscrite dans la logique de l'administration hospitalière. Elle devait se concrétiser fin 1966 par la signature d'une convention entre le C.H.R. et la dite Croix Rouge. Convention qui devait servir de modèle à bien

Louis Serre et ses chères «Smurettes». - Photo SAMU 34.



142 AVENUE DE LA LIBERATION - 01506 AMBERIEU EN BUGEY / CEDEX FRANCE
 TELEPHONE : 04 74 46 13 00
 TELECOPIE : 04 74 38 24 33
 SITE : <http://www.alonzo.com>
 E-mail : dumont@aloi

Le Collier cervical WIZ-LOC offre la solution à tous vos problèmes

UNE RÉVOLUTION DANS LA CONCEPTION DU COLLIER CERVICAL !

Un seul collier pour tous ...

CHOIX IMMÉDIAT DU BON COLLIER

Le **WIZ-LOC** est le seul collier cervical avec mentonnière et support occipital réglables. Il s'adapte ainsi à la morphologie de la plupart des adultes, adolescents et enfants.

UN GAIN DE PLACE ET D'ARGENT !

RÉDUCTION DU TEMPS DE « MISE EN PLACE » DU COLLIER

De nos jours, il est inacceptable de perdre du temps lors de la pose d'un collier cervical ; Les vieilles méthodes qui demandaient une recherche du bon collier et de la bonne taille sont à abolir.

Le **WIZ-LOC** se règle verticalement et permet l'ajustement parfait et rapide à chaque patient.

UNE SÉCURITÉ IMMÉDIATE !

La sécurité du patient est pour nous, distributeurs du **WIZ-LOC**, notre première préoccupation.

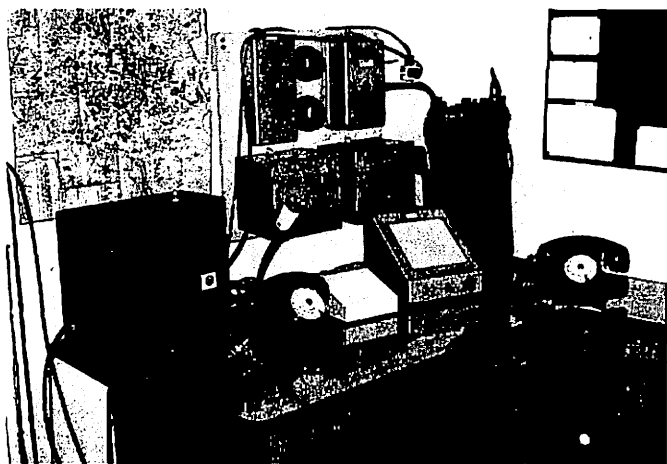
Posé par des personnes qualifiées, le **WIZ-LOC** est le moyen le plus sûr et le mieux adapté à l'immobilisation des cervicales.

Produits conforme aux normes CE



CESTILIZADO PRONTE: BY David Brown





Le standard dans les années 70. - Photo SAMU 34.

Dans le même temps, et inlassablement, Louis Serre continuait son œuvre de rapprochement des différentes structures intervenant dans les urgences. Dès les années 70, il était arrivé à harmoniser à Montpellier les actions des Services Hospitaliers, des Sapeurs Pompiers et de la Croix Rouge. C'est ce fonctionnement complémentaire et cohérent, et qui avait pour principe d'action la rapidité d'intervention*, que l'on devait appeler le «*modèle montpelliérain*». Cette réalisation devait inspirer à l'échelon national la mise



Il fallait faire au mieux avec les véhicules commercialisés. - Photo SAMU 34.

d'autres C.H.R., dont celui de Toulouse qui l'a adopté en 1967. Monsieur Serre avait bien perçu la difficulté financière de son projet, et son idée d'associer des moyens extérieurs, la Croix Rouge, à son service a permis judicieusement de le faire, rapidement et de façon performante, fonctionner. Le corps médical était composé, outre le «*patron*» d'internes et d'externes attirés par le dynamisme de l'homme, conquis par son savoir faire, séduits par sa générosité et son désintéressement, et sensibles à l'attention qu'il portait à tous, à ses patients comme à ses collaborateurs. Bien des noms parmi les plus connus de la médecine préhospitalière actuelle ont forgé leur vocation au contact de celui qui tenait à ce que nous l'appellions Louis, et savait toujours nous indiquer où était le bon chemin. Les CES d'anesthésie ont pris des gardes aussi.



Les fameux «tubes» Citroën garés près de la chapelle-bureau-régulation. - Photo SAMU 34.



Il reste notre maître à tous. - Photo SAMU 34.



Louis Serre

Né le 1. août 1925 à St Hippolyte du Fort.
Début des études médicales en 1942, à Montpellier.
Thèse en 1950 sur les anesthésies endo-veineuses.
Chevalier de l'Ordre National du Mérite.

Le Professeur Jacques Du Cailar, responsable de la chaire d'anesthésie, y tenait beaucoup. En cela, les étudiants rompaient avec le milieu sécurisant du bloc opératoire, mais apportaient aussi une technicité qui a incontestablement permis de porter au plus haut niveau la médecine préhospitalière. Les autres SAMU ont suivi cette idée, et cette époque a vraiment marqué l'histoire de l'urgence.

en œuvre des «*Moyens Mobiles de Secours*» tels que les avaient voulus les décrets de décembre 1965 à l'usage de tous les hôpitaux. Avec l'aide de Monsieur Coirier, en 1967, le premier hélicoptère se pose sur la célèbre DZ axée sur la chapelle de l'hôpital St Eloi, et qu'il fallait atteindre en rasant le toit du bloc de chirurgie thoracique. Ils s'agissait, pour ce début, de missions de trois mois correspondant à la période d'été. Les



DC-3 «d'évacuation sanitaire». - Photo SAMU 34.

machines étaient militaires, le Ministère de la Santé assurant le financement. Le premier hélicoptère «*blanc*» permanent est entré en fonction en 1988. Outre son service, le Professeur Louis Serre a fondé, dans le cadre de la Croix Rouge, une des toutes premières écoles d'ambulanciers. Cette école, domiciliée à Palavas les Flots, formera nombre d'ambulanciers Croix Rouge qui devaient par la suite œuvrer dans de nombreux SAMU de France. Conseiller technique du Ministère de la Santé, pendant 20 ans, pour les questions se rapportant à l'urgence, il a marqué de son empreinte l'évolution du secours à personne. En 1989, il a pris une retraite plus que méritée au cœur des Cévennes, à Saint Laurent le Minier, et il n'apprécie rien tant que la visite de ses anciens élèves. «*Louis*», Merci pour tout ce que tu nous a donné !

La Rédaction

Cet article écrit quelques jours avant le décès du Professeur Louis Serre est laissé volontairement en l'état.

* Louis Serre, en précurseur, préconisait de raccourcir les délais entre le site de la détresse et l'accueil hospitalier, un peu à l'encontre d'autres équipes qui privilégiaient le temps passé sur le terrain. Ce n'est que plus tard que les américains, rejoignant ainsi les idées de notre maître, mirent en avant la notion de «*Golden Hour*».

NOTICES NÉCROLOGIQUES

DÉCÈS DU
PROFESSEUR SERRE

Le professeur Louis SERRE nous a quittés le 11 novembre 1998.

Né en Août 1925, à Saint Hippolyte du Fort (30), il débute des études médicales à la faculté de médecine de Montpellier en 1942. Après sa thèse il obtient le diplôme supérieur d'Anesthésie en 1953, nommé agrégé en 1964, il met en place le SAMU de Montpellier dès 1965, c'est à cette date également qu'il est nommé médecin chef des sapeurs-pompiers du département de l'Hérault.

En 1989, il fait valoir ses droits à la retraite et quitte le service actif.

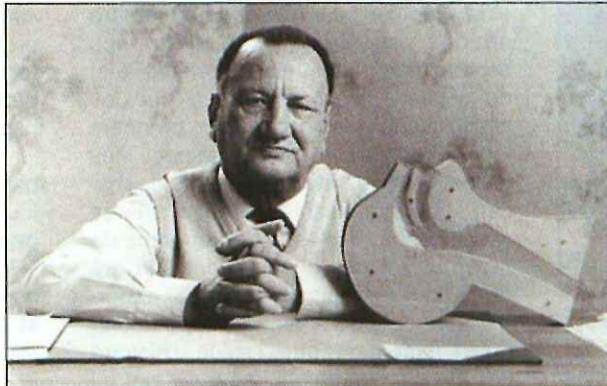
C'est donc pendant plus de 34 ans, que le professeur Louis SERRE, considérant que l'homme en situation de victime doit être pris en charge par une chaîne de secours, oeuvra quotidiennement dans le domaine de l'urgence préhospitalière et hospitalière : régulation médicale, premiers secours, secourisme, logistique médicale, rien n'échappa à son intérêt et à son sens de l'organisation.

Participant aux réunions de travail à la direction de la Sécurité Civile après les manoeuvres VOSGES 83, il contribua à la mise en place du concept de l'organisation des secours médicaux en situation de catastrophe.

Pédagogue averti, homme chaleureux, le professeur Louis SERRE, fut accompagné en sa dernière demeure

par une foule nombreuse de ses élèves et de ses amis.

C'est le professeur P. JOLIS, un de ses amis de longue date, qui prononça les paroles d'adieu en une émouvante cérémonie à Saint Laurent



le Minier le 13 novembre 1998.

Le conseil d'administration de l'ANIMS adresse à Madame SERRE et sa famille, ses condoléances les plus sincères et les assure de sa profonde affliction.

Médecin général R. NOTO (Cr),
Président de l'ANIMS

Louis,

Collègues, élèves, amis présents ici ou en pensées, nous avons en commun la chance que ta route ait croisé et guidé les nôtres et nous a, ô combien, enrichis.

Ton action personnelle est essentielle à la création, la mise au point, l'enseignement et la diffusion

des premiers secours et de la médecine d'urgence ; ton œuvre est locale, régionale, nationale..., le SAMU que tu créas, "ton" SAMU, est exemplaire ; ton action de médecin sapeur-pompier ne l'est pas moins.

Innombrables sont ceux qui ont été secourus par toi ou par tous ceux, où qu'ils servent, que tu as formés. Bien des familles te doivent, je le sais, d'avoir gardé l'un des leurs.

Sans jamais te ménager, tu as toujours servi, guidé par l'amour du prochain, dont a toujours fait partie, pour toi, le pardon des offenses ; ces dernières ne t'ont pas manqué.

Sur ce sujet, tu nous faisais taire, nous donnais encore l'exemple, tu réservais ta véhémence, rare et chaleureuse, non pas aux personnes mais aux inerties, aux lenteurs, aux velléités, aux indifférences.

Discret et même secret, tu n'as pas été seul ; ta femme a toujours partagé les tracas professionnels, et aussi d'autres grandes épreuves, d'une façon qui inspire le respect et commande le silence.

Louis, tu n'es pas un homme dont on ne parle qu'au passé, tu restes avec nous, comme nous voulons rester avec les tiens et avec toi, fraternellement.

Pierre Jolis
Saint-Laurent le Minier
le 13 novembre 1998.

DÉCÈS DE MADAME
LUCIENNE MARTIN

Nous apprenons le décès de Madame Lucienne MARTIN, épouse de Monsieur Lucien MARTIN.

Monsieur MARTIN fut administrateur de l'ANIMS de 1969 à 1985, mais il fut

aussi le photographe permanent de toutes les manifestations de notre association et le photographe remarquable de toutes les activités de la CETP.

Ceux d'entre nous qui possédons toutes les collections de «Secourisme Revue» gardent le souvenir de la précision de documents

photographiques.

Le Conseil d'Administration de l'ANIMS adresse à Monsieur L. MARTIN, l'expression de sa profonde sympathie.

Médecin général R. NOTO (Cr)
Président de l'ANIMS

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 25 février 1999

Madame Louis SERRE

Chère Madame,

Comme je vous l'ai écrit le 15.11.1998, j'ai l'honneur de vous remettre sous ce pli le tome II à la mémoire de Marcel ARNAUD intitulé "La Providence des blessés de la route".

Dans ce nouveau dossier, Louis SERRE, son proche Ami et collaborateur, votre mari, est de nouveau cité à plusieurs reprises et vous le retrouverez sur plusieurs photos.

Vous trouverez également ci-inclus la revue "R.A.M" de l'A.C.M.F, exemplaire qui m'a été remis par le Docteur SOUBIRAN, dans lequel figure un hommage à votre mari que j'avais proposé et que M. SOUBIRAN m'a demandé d'écrire.

Certes, ce n'est pas en une page que l'on résume l'oeuvre d'une vie vouée aux hommes et aux femmes dont la vie est en péril, mais le CAPSU aura l'occasion d'y revenir souvent.

C'est pourquoi, en vue de notre assemblée générale qui doit avoir lieu à Lunéville le 5 juin, je vous remercie de me confirmer si vous ne voyez pas d'inconvénient à ce que le Professeur Louis SERRE soit nommé, à cette occasion, sur ma proposition "Membre d'Honneur du CAPSU".

Comme je vous l'ai dit aussi, je souhaite rendre hommage à votre mari en revenant à SAINT-LAURENT. Cette visite, avec mon épouse, sauf impossibilité de votre part, pourrait avoir lieu vers fin juillet où nous serons dans le sud de la France.

En attente de vous revoir, croyez-bien que je pense à vous et à Louis SERRE, souvent, je vous prie de croire, Chère Madame, en l'expression de mes sincères et amicaux sentiments.

Didier BURGGRÆVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention
- déclarée en Préfecture du Nord -
C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

060

Dans la revue « sécurité routière » d'une association du même nom, était paru, sous la plume du directeur du SNPC de l'époque, le Préfet Jean-Pierre FOULQUIE, en 1974, un résumé sur « l'organisation des secours aux victimes de la route par La Protection Civile ».

Il est très important de lire ou relire ce texte aujourd'hui. Il rappelle le rôle joué par les services attachés à la « protection civile » et notamment les sapeurs pompiers. Le directeur du « service national » cite le Professeur ARNAUD, la qualité de l'alerte. Nous étions loin du « numéro national » (unique, proposé en 1968 à une réunion de l'UNPC par moi-même à l'Etat Major de la BSPP) ; nous avions le 18 et le 17 qui furent généralisés, puis le 15 pour le SAMU et maintenant le 112...

Dans cet article, il y a une page (5) de photos de Salon de Provence et décrivant l'organisation de Paul BOURRET pour secourir les accidentés de la route, de l'appel, au départ « immédiat » avec un médecin. Des photos historiques qui ont leur place dans ce tome consacré aux précurseurs.

J'apprenais aussi par Madame SERRE que le nom de Louis SERRE avait été donné à une rue à Béziers et, que c'était le Professeur Pierre JOLIS, certes son collègue anesthésiste réanimateur mais un ami proche, un vrai – que l'on conserve toute sa vie – qui, en cette occasion, avait fait son éloge, comme le rapporta la revue SCI (sécurité civile et industrielle) de France Sélection. Merci M. JOLIS.

Dans les bulletins du CAPSU, nous évoquons régulièrement la mémoire donc l'action de « nos » membres d'honneur. Ce fut le cas pour le Professeur SERRE avec des photos retirées de ses archives.

Nous poursuivrons dans les années à venir. Dans les archives de Louis SERRE – et de Marcel ARNAUD – il y a des documents exceptionnels qui ne manqueront pas d'enthousiasmer ceux qui les liront ou verront, les futurs secouristes et militants du secourisme de demain.

Ou les sapeurs pompiers, leurs médecins, ou ceux des SMUR et des SAMU.

En 2007, sur le site du CAPSU, une rubrique leur sera totalement consacrée et nous pourrons ainsi faire connaître, à tous ceux qui le voudront, où qu'ils soient, ce qu'ils ont fait.



Professeur L. SERRE

L'organisation des secours aux victimes de la route par

La Protection Civile

par M. Jean-Pierre FOULQUIE

Directeur du Service National de la Protection Civile

Les plans départementaux de secours routiers

Dans chaque département, sur les directives données par le Service National de la Protection Civile, un plan d'organisation des secours aux victimes des accidents de la route, inspiré des principes fondamentaux du plan ORSEC, a pour objet de coordonner l'action des Centres de Secours des sapeurs-pompiers et celle des établissements hospitaliers, en précisant les missions qui incombent à chacun et en reliant entre eux les moyens, fixes ou mobiles, de ces services, par des liaisons radiotéléphoniques.

Ces plans sont préparés sous l'autorité du Préfet par le Directeur départemental de la Protection Civile en accord avec les représentants des services de police, de la Santé Publique et des Sapeurs-Pompiers.

LES CENTRES DE SECOURS DE SAPEURS-POMPIERS RELEVANT 65 % DES BLESSES DE LA ROUTE

On sait que dans notre droit français, les maires doivent assurer l'organisation des secours. Ils disposent pour cela de Centres de Secours composés de sapeurs-pompiers secouristes dont la mission depuis un décret de 1953 est de faire face à tous les accidents de quelque nature qu'ils soient et de porter secours dans les délais les plus rapides.

Les 2.609 Centres de Secours des sapeurs-pompiers couvrent la France d'un quadrillage dense et régulier qui permet de répondre aux exigences du secours routier : qualification du personnel — qualité du matériel — rapidité d'intervention. Leur implantation a été étudiée de telle sorte que leur temps d'intervention sur un point quelconque soit au maximum de 20 minutes. C'est pourquoi ils ont été chargés des interventions sur les accidents de la route, qu'il s'agisse des opérations de sauvetage proprement dites (désincarcération, extinction des incendies, etc.), des secours d'urgence et du transport des blessés, sous surveillance jusqu'à l'établissement hospitalier d'accueil.

Les Centres de Secours sont répartis en deux catégories, les Centres principaux (500) et les Centres de Secours (2.100). Ils comptent 9.000 sapeurs-pompiers professionnels et 65.500 volontaires, soit au total 74.500 sauveteurs dont 60.000 titulaires du brevet national de secourisme, 5.000 secouristes routiers et 24.000 spécialistes en réanimation.

Ils disposent de 4.000 ambulances toutes dotées

d'appareils de réanimation et d'oxygénothérapie. Plus de 2.000 sont normalisées sous le nom de véhicules de soins aux asphyxiés et blessés (V.S.A.B.) avec un équipement qui permet des soins médicaux en cours de transport et un matériel complet de désincarcération.

Ces véhicules sont également dotés de postes radio émetteur-récepteur en liaison avec les Centres de Secours, les services de police et les établissements hospitaliers.

Tous les Centres de Secours disposent d'un médecin officier de sapeurs-pompiers.

Si ces médecins contrôlent l'état médical du personnel, ils interviennent aussi, en cas d'accident, pour apporter aux blessés gravement atteints les soins médicaux que ne peuvent leur donner les secouristes. Lorsque l'état du blessé l'exige, les sapeurs-pompiers secouristes appellent le médecin réanimateur du Centre hospitalier le plus proche, par radio.

Notons que dans plus de 90 % des cas les secours d'urgence suffisent pour assurer la « mise en survie » des blessés pour l'évacuation et l'hospitalisation, la médicalisation des secours n'étant nécessaire que dans environ 7 % des cas.

Les évacuations sont le plus souvent assurées par les Centres de Secours avec leurs véhicules spécialisés ou leurs ambulances. Mais, on peut aussi procéder avec des moyens aériens, soit à des évacuations « primaires » soit à des évacuations « secondaires » d'un établissement hospitalier à un autre. Le Service National de la Protection Civile dispose pour ce faire, d'un avion sanitaire (auquel un second viendra s'ajouter en 1974) et de 23 hélicoptères Alouette II et Alouette III (un Alouette III supplémentaire viendra s'ajouter en 1974) dont la mission première est naturellement le secours d'urgence.

L'action des services de la Protection Civile, dans le domaine des secours routiers, s'est notamment manifestée à partir de 1959 en même temps que les plans départementaux de secours routier étaient mis en place par les préfets.

Les résultats ont été immédiats et éloquentes.

Alors que de 1952 à 1958, les accidents de la route ne représentaient que 5 % des interventions des sapeurs-pompiers, ce taux s'élevait à 17 % en 1964 et à 24 % en 1972. Le nombre de leurs interventions sur la route passait dans le même temps de 10.000 à 52.000 puis à 179.000, si bien qu'en 1972, les

Protection Civile

équipes de secouristes sauveteurs spécialisés des sapeurs-pompiers ont relevé plus de 65 % des blessés de la route. Pendant cette même année, l'avion sanitaire a réalisé 52 évacuations sanitaires et les hélicoptères de la Protection Civile 885 missions de même nature.

Si satisfaisants que soient ces résultats, le Ministère de l'Intérieur et les Collectivités locales s'attachent à les améliorer.

Ces efforts se portent dans deux directions : améliorer la qualité des secours et accélérer les interventions.

IL FAUT SANS CESSE AMELIORER LA QUALITE DES SECOURS...

L'amélioration de la qualité des secours est recherchée dans l'augmentation du nombre des sapeurs-pompiers spécialistes en réanimation et en secours routier et dans la définition de techniques et de matériels nouveaux de secours. La Commission Nationale du secourisme qui réunit périodiquement au Service National de la Protection Civile les meilleurs spécialistes nationaux a déjà réussi à faire progresser la pédagogie du secourisme dans sa définition comme dans son enseignement ; elle recherche aussi sans cesse toute amélioration pratique dans les matériels et dans les techniques. L'instruction et les recyclages périodiques sont assurés dans les vingt Centres d'Instruction interdépartementaux de la Protection Civile et Ecoles régionales de sapeurs-pompiers. La multiplication de ces stages a été permise grâce à la formation de moniteurs, eux-mêmes placés sous le contrôle des médecins de sapeurs-pompiers spécialisés dans l'enseignement du secourisme, et au contact des médecins hospitaliers.

Comme le dit le professeur Arnaud dans un récent article de « La Route » « l'avenir est réservé à un « secourisme » qualifié, entraîné et sûr, mais à un secourisme interpénétré le plus souvent possible par des Docteurs en Médecine disponibles dès l'urgence. Cette interpénétration médico-secouriste déjà obtenue dans les Ecoles de la Protection Civile sur le plan de l'enseignement et de la formation technique de secouriste, doit désormais pouvoir le plus

souvent possible se prolonger lors de l'action opérationnelle elle-même ».

C'EST-A-DIRE REDUIRE ENCORE LES TEMPS D'INTERVENTION PAR UNE BONNE COORDINATION

L'accélération des interventions dépend de la qualité de l'alerte et de la rapidité de sa transmission.

Le Ministère de l'Intérieur a autorisé le Ministère de la Santé à utiliser son réseau radio en modulation de fréquence, si bien que désormais une écoute commune peut être organisée dans chaque Centre, sur la même longueur d'onde, par les services de police, les Centres de Secours des sapeurs-pompiers, les services hospitaliers et les appareils du Groupe-ment Aérien de la Protection Civile.

Ainsi se trouvent réalisées les meilleures conditions de rapidité et d'efficacité des secours, les équipes de sapeurs-pompiers secouristes partant les premières et faisant appel, en cas de besoin, aux moyens médico-hospitaliers et à l'hélicoptère.

Le contact radio permet aussi au médecin à l'écoute de donner ses instructions aux secouristes en action ; c'est ce qu'on appelle « l'oreille médicale ».

La multiplication des postes sur la fréquence du Ministère de l'Intérieur, dans les hôpitaux d'accueil, sur les ambulances, dans les Centres de Secours et dans les services de police, est l'un des objectifs poursuivis d'un commun accord par la Protection Civile et la Santé Publique.

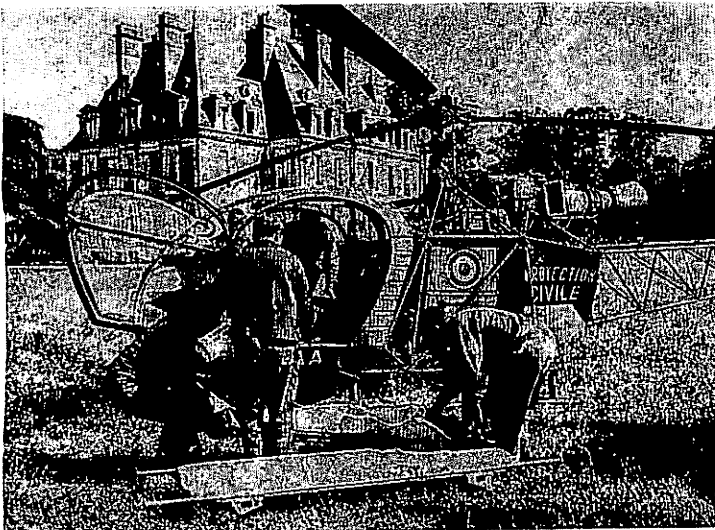
Mais cette organisation planifiée présente encore un point faible : la transmission de l'avis d'accident (l'alerte) par le témoin.

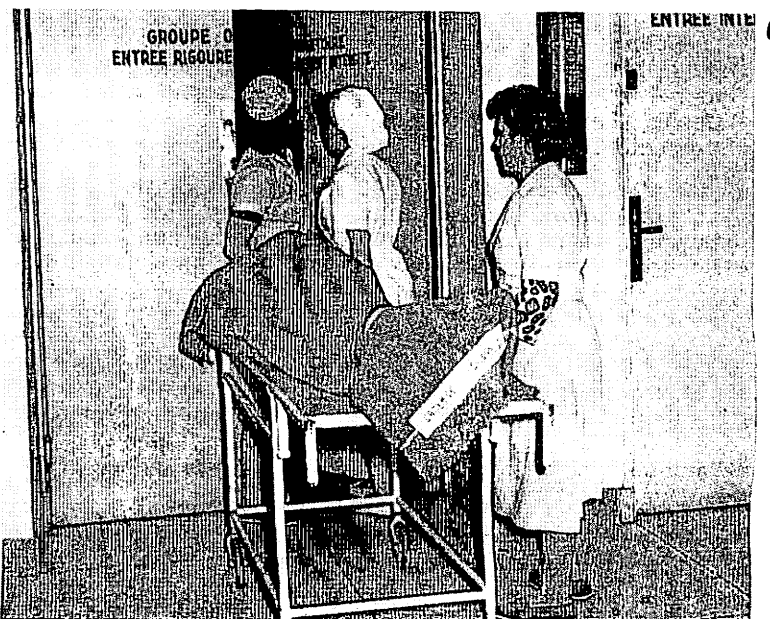
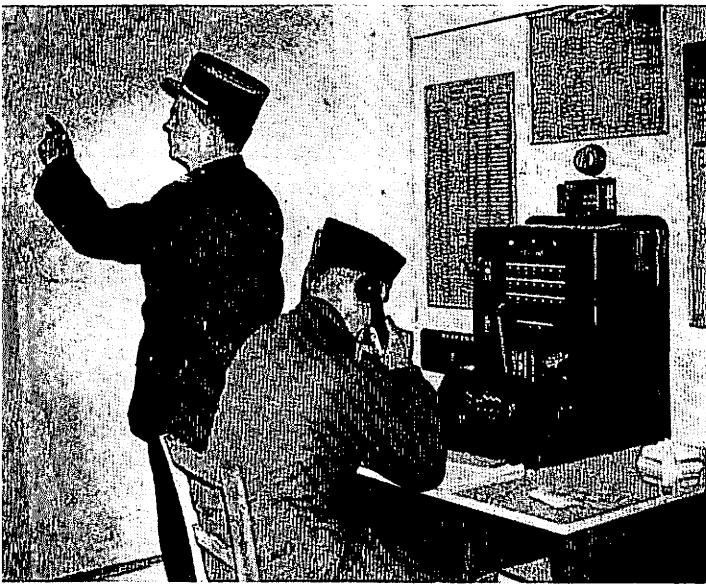
Il est admis que cette alerte doit arriver en toutes circonstances aux services de police ou de gendarmerie qui la diffusent immédiatement aux Centres de Secours puis aux services hospitaliers.

Mais le témoin peut rencontrer des difficultés pour savoir qui alerter et quel numéro former. Le Service National de la Protection Civile a demandé au Ministère des Postes et Télécommunications d'accélérer la généralisation du 18, numéro unique d'appel des Centres de Secours ainsi que c'est le cas en Belgique et en Suède. De précieuses minutes seraient ainsi gagnées.

Cette généralisation est en cours. Elle est évidemment liée à la modernisation du réseau téléphonique. On peut toutefois espérer que dans cinq ans, l'automatisation complète du réseau national étant achevée, le numéro 18 pourra être utilisé pour l'appel des secours sur l'ensemble du territoire.

1. Réception de l'appel au central téléphonique des pompiers et repérage du lieu de l'accident.
2. Départ immédiat de l'ambulance dotée d'appareils de réanimation et d'oxygénothérapie. Un médecin accompagne le blessé durant le transport.
3. Désincarcération de l'accidenté s'il y a lieu.
4. Mise sur brancard. L'accidenté va être évacué aussitôt vers un établissement hospitalier qui aura été alerté par les centres d'urgence.
5. Arrivé du blessé au service d'urgence de l'hôpital...
6. ...pour être transféré aussitôt en salle d'opération.





INSTANTANÉS

HOMMAGE AU PROFESSEUR LOUIS SERRE

Une plaque de rue à son nom a été inaugurée à Béziers en présence de nombreuses personnalités. Au nombre de ces dernières, nous citerons Madame Renée Serre -sa veuve- et le Professeur Pierre Jolis. Le professeur Pierre Jolis a retracé dans son allocution les grandes étapes de la carrière du Professeur Louis Serre et nous retiendrons, en particulier, de ces propos, les termes suivants :

- Praticien, médecin Anesthésiste-Réanimateur de la première génération de l'ère moderne de cette spécialité en France, il fut aussi celui de la médecine d'urgence, pratiquée à l'hôpital, et aussi hors de l'hôpital ;
- Universitaire, il prit part avec son collègue et ami de toujours, le Professeur Jacques Du Cailar, à la création de l'enseignement de l'Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, qui fut un modèle pour les autres ;
- Pédagogue, il enseigna avec la même clarté les étudiants en médecine, les élèves infirmières, les conductrices ambulancières et ambulanciers, les aides-soignants et, bien sûr, «ses» chers secouristes, leurs moniteurs et leurs instructeurs, tous organismes et associations confondus ; innombrables furent ses élèves ;
- Organisateur, il créa dès 1963 le premier SAMU, qu'il dirigea jusqu'à son départ ; les transports terrestres et aériens et leur médicalisation lui sont très redevables ; sait-on que Louis Serre réalisa, le premier en France, en 1955, le transport aérien d'un patient en insuffisance respiratoire, avec un insufflateur manuel, sur 1000 km ?
- Médecin sapeur-pompier, colonel et médecin-chef, il fit bénéficier ce corps de ses riches compétences ;
- enfin Conseiller, écouté et exigeant, il fut, plusieurs décennies, celui du ministère de la Santé, contribuant à « faire sortir l'hôpital de ses murs », et celui du ministère de l'Intérieur ; au sein de la Commission nationale de secourisme, Direction de la Protection, puis de la Sécurité civile, il participa activement et, je me souviens, souvent vigoureusement, à la normalisation des techniques et des programmes.

A un bâtisseur d'une telle carrure, les obstacles n'ont pas manqué, liés aux circonstances... mais aussi parfois, hélas, aux critiques des hommes ; à ceux-ci, j'atteste qu'il ne garda jamais rancune ; il interdisait qu'on en parlât ; j'imite ce silence.

Ce travailleur inlassable n'a jamais ménagé sa santé ; par cela a-t-il sans doute reposé trop tôt au cimetière du lieu où il s'était retiré, Saint-Laurent-le-Minier, dont le Maire est ici présent.

Sa femme a admirablement partagé et accompagné la vie de Louis Serre ; certains se souviennent qu'elle fut, plus d'une fois, la «mère adoptive» d'étudiants ou élèves en difficulté ; elle m'a demandé d'exprimer sa reconnaissance et celle de sa famille à la Municipalité de Béziers, à son Maire, à tous ceux qui furent à l'origine de l'événement de ce jour avec, sans exclusive, une mention particulière pour un fidèle parmi les fidèles : M. Michel Pons.

J'y joins la gratitude des élèves de Louis Serre, de ses collègues et de ses amis.

Le professeur Jolis lors de son allocution.



*On reconnaît, de gauche à droite :
le maire de St-Laurent-le-Minier, Jean-Paul Durand -
le maire de Béziers, Raymond Couderc -
le professeur Jolis - Mme Renée Serre.*

La P.L.S.A

Position latérale de sécurité – et d'attente

Ce que tous les secouristes, qu'ils soient professionnels, volontaires ou bénévoles appellent la PLS, est une méthode qui consiste à placer un blessé (de la route) à l'origine, mais aussi toutes les victimes inconscientes, en position, sur le côté, soit latéralement, afin de préserver leur ventilation (respiration), ce qui permet l'écoulement de vomissements, régurgitations, sang... vers l'extérieur, et de placer la tête vers l'arrière afin de libérer totalement le fond de gorge (le carrefour aéro digestif, le pharynx), pour laisser le libre passage de l'air.

C'est Marcel ARNAUD qui est en à l'origine, décrivant dans son ouvrage de 1961 (Les blessés de la route), pages 75 à 78, ci-après, l'importance capitale de la ventilation, par le maintien de la LVA certes, mais, pour les sujets au sol, par une position, latérale. Son obsession était l'asphyxie des victimes de la route, l'anoxie.

Page 77 de cet ouvrage, de 1961 il faut le rappeler (notre bible), on voit bien la position qui fut celle retenue et enseignée dans le cadre du secourisme routier. Egalement, page 78, la nécessité du « décubitus latéral » afin de laisser s'écouler au dehors les liquides digestifs.

Cette PLS, Louis SERRE le rappela au Congrès de l'ANIMS à Montpellier en 1984 (suite à un différend entre moi-même et Michel THEVENET), était une position latérale, pour les raisons rappelées, mais aussi D'ATTENTE. Car en effet, il fallait ensuite que le « blessé de la route » puisse attendre, toujours en vie, les secours publics, professionnels, voire médicalisés si c'était le cas ; ou ensuite être transporté toujours en PLSA dans l'ambulance vers l'hôpital.

Il n'y avait donc qu'une seule méthode, celle de son concepteur, le Professeur Marcel ARNAUD. Je connaissais cette PLS, apprise lors de mes formations de base entre 1965 et 1967, puis à la BSPP. C'est Marcel ARNAUD lui-même qui nous apprendra lui-même, à mes camarades et moi-même, au stage de formation des moniteurs de secourisme routier, en avril 1970, la PLS (A) pour un blessé.

Or, ensuite, fut mis au point un programme court, en 1977, les GES*, afin de mettre en place un enseignement dans le cadre du permis de conduire. Le programme validé, il fallait mettre au point et éventuellement modifier les méthodes, et c'est ce qui se passa avec la PLS. En effet, on accepta d'enseigner donc de présenter une mise en PLS seul !

C'est bien de là que tout a changé. Je crois devoir insérer à nouveau, suite à mon contact auprès de lui, la réponse personnelle du Professeur ARNAUD, en date du 23 octobre 1976, à propos de cette PLS (ainsi que pour le retrait du casque qui faisait l'objet d'une polémique entre associations dans le Nord).

La position de Marcel ARNAUD est très claire « il ne faut sous aucun prétexte user d'une prise (bras) ; jamais le membre supérieur ne doit servir de tracteur... ».

Dans son propre ouvrage de 1977, le Professeur SERRE (certes sur le style de la bande dessinée), présente la PLS, (ci-après, page 39), dans l'axe du corps et surtout la tête dans son prolongement – d'où le coussinet placé – délicatement – sous la tête. Je le rappelle, dans le dépliant du SRF, sous son contrôle, la PLS était celle de Marcel ARNAUD effectuée à trois (si possible) et non seul !

* Les GES (Gestes élémentaires de survie) furent préparés suite à une décision d'un comité interministériel de la sécurité routière de novembre 1974 (voir 9^{ème} mémoire (2005) sur les « 5 gestes qui sauvent, où tout est expliqué en détail), pour un « enseignement pratique des gestes de survie aux candidats aux permis de conduire », proposition de Christian GERONDEAU alors délégué interministériel à la sécurité routière ; puis à partir de 1975 directeur de la sécurité civile.

Marcel ARNAUD

LES BLESSÉS DE LA ROUTE

DU PROMPT-SECOURS AU BORD DE LA ROUTE,
A L'ACCUEIL AU CENTRE CHIRURGICAL

PRÉFACE DU PROFESSEUR A. SICARD



MASSON & Cie, PARIS

ALERTE! AU SECOURS!

Les apparences de mort sont, chez les traumatisés, si fréquentes et trompeuses que le *diagnostic de trépas ne doit pas être posé à la légère*. De toute manière, ce diagnostic ne peut qu'**exceptionnellement être extemporanément porté dès l'accident**. Cela signifie que, d'emblée, il faut toujours tenter de *dégager les victimes, même apparemment mortes*, de leur incarcération accidentelle. Et cela, il faut le faire vite si on veut arriver à les sauver !

2° Préparer dans ce but de larges voies d'accès à la victime, car toutes les manœuvres de dégagement doivent être entreprises le plus possible, sans avoir à « tirer » sur elle et sans avoir à la « manœu-

LES GRANDS BLESSÉS COMATEUX

MEURENT PAR LEURS POUMONS

Soit d'asphyxie rapide - Soit d'anoxies viscérales

•

Le danger pour ces traumatisés-là est surtout **respiratoire**

• • •

ÉVITER la rapide et la clandestine inondation des voies aériennes
SECOURIR au plus tôt les grandes insuffisances respiratoires
SONT LES DEUX OBJECTIFS DU THÉRAPEUTE

• • •

NE JAMAIS DIFFÉRER
LES ACTES QUI VISENT CES OBJECTIFS

• • •

vrer » par des torsions axiales. Donc *briser ou détruire une paroi de carrosserie*, casser ou scier au besoin un élément mécanique faisant butée, pour permettre à la victime de passer très à l'aise, elle et les bras qui devront la soutenir et la porter.

3° Dès qu'un accès est ménagé au niveau de la face (et c'est le premier à pratiquer), **instaurer aussitôt une respiration assistée**, au besoin par cette manœuvre « bouche à bouche » dont la technique sera détaillée plus loin; mieux encore installer, si on le peut, une oxygénation d'assistance respiratoire.

LE STADE IMMÉDIAT

4^o La brèche de secours achevée, extraire la victime par des saisies manuelles nombreuses et fermes qui doivent s'efforcer de **maintenir l'ensemble cranio-vertébral pendant tout le temps d'extraction dans la position (1) qu'il avait prise spontanément dans la carrosserie accidentée (2).**

5^o *C'est après seulement que cette désincarcération est achevée,* et sous le couvert d'une ressuscitation respiratoire maintenue sans faiblesse, *que très lentement et très progressivement la victime pourra être corrigée de ses positions vicieuses.* Il faut y procéder segment par segment. *Commencer toujours par l'axe cranio-cervical dont la correction exige de légères tractions axiales ; puis par le rachis dorso-lombaire qui demande, lui, le maintien d'une lordose exagérée.*

6^o Mais déjà le blessé est déposé au sol sur une couverture; couché sur le côté, son corps sera mis en déclivité légère, la tête basse et défléchie.

7^o *Tandis que se continuent les manœuvres de ressuscitation respiratoire,* il est procédé en dernier lieu à la remise en forme et en position des membres brisés et déplacés. Des tractions permanentes axiales faites par prises distales axiales permettent, à ce stade-là, d'y parvenir avec aisance.

(1) On peut parvenir à déboulonner entièrement le siège où la victime est assise, sans connaissance; la manœuvre est excellente qui consiste à extraire le blessé sur son siège.

(2) Les enfants et les adolescents peuvent être « redressés » et même légèrement « étirés » au cours des manœuvres d'extraction; l'élasticité de leurs organes permet chez eux, et sans grands risques, des manœuvres qui seraient très dangereuses chez les adultes et mortelles chez les vieillards.

FIG. 28.

- A - *On aggrave toujours un grand blessé en le transportant ainsi à bras :*
- 1^o En incurvant son dos on complète une possible fracture de la colonne vertébrale.
 - 2^o En projetant sa tête en avant on l'empêche de bien respirer.
 - 3^o On laisse ballants des membres souvent blessés.
 - 4^o On comprime le thorax.
- B - *Mieux vaut toujours attendre un brancard (ou une planche) sur lequel le blessé est lentement « roulé », en maintenant correctement la tête qui doit rester basse et dans l'axe du cou et du tronc.*
- C - *Installer la victime sur le brancard; couchée sur le côté, elle est en position idéale pour bien respirer (on peut l'oxygéner au masque) et pour surtout ne pas inhaler les liquides gastriques. Bien caler la tête pour qu'elle ne bouge pas pendant le transport après l'avoir défléchie.*
- N. B. — Le blessé ici a été figuré nu, pour mieux montrer les détails de la position recommandée.

ALERTE! AU SECOURS!

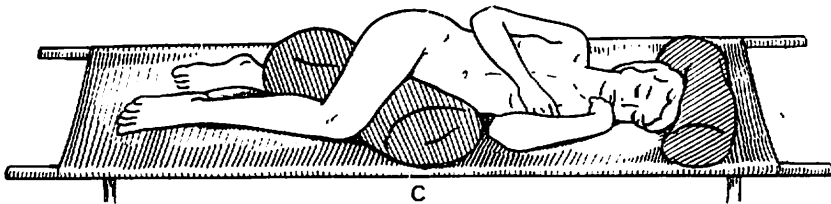
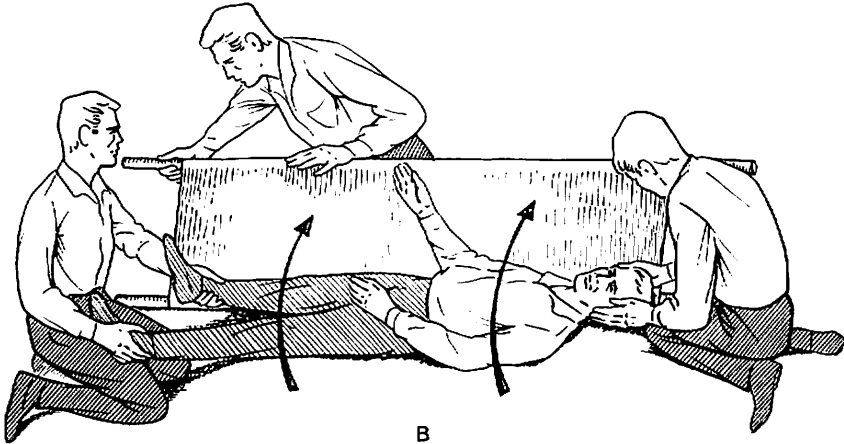


FIG. 28.

LE STADE IMMÉDIAT

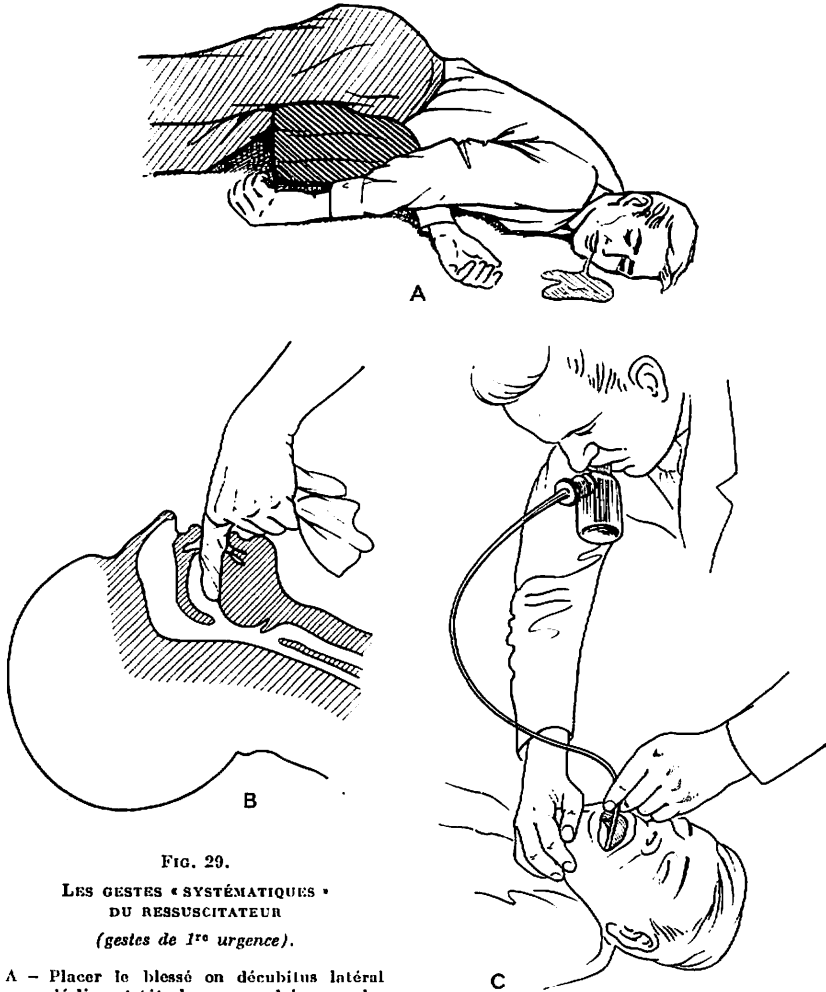


FIG. 29.

LES GESTES « SYSTÉMATIQUES »
DU RESSUSCITATEUR
(gestes de 1^{re} urgence).

A - Placer le blessé en décubitus latéral déclive et tête basse pour laisser couler au dehors les liquides digestifs.

B - S'assurer au doigt de la vacuité de l'oro-pharynx (corps étrangers).

C et D - Aspirer les liquides de l'oro-pharynx.

C - Aspiration transbuccale (par aspirateur « à bouche »).

D - Aspiration transnasale (par aspirateur « à pompe »).

Il existe des aspirateurs branchés sur « trompe » à oxygène et des aspirateurs sur moteurs électriques.

E - Le plus rapidement possible : assister la respiration (appareil à soufflet).

F - Puis brancher l'oxygène en s'assurant qu'il ne gonfle pas l'estomac (on l'évite en comprimant au doigt les cartilages trachéaux).

Sur le dos et qu'il faut mettre en P.L.S.
 C'est très rare, mais il faut savoir le faire.
 Cela a été très mal présenté dans la dernière
 N° de la revue médicale, car il ne faut sous
 aucun prétexte user d'une prise (bras); jamais
 le membre sup^r ne doit servir de tracteur; il
 faut même éviter d'appuyer sur l'épaule ou
 une main - donc: très mauvaise technique par
 celle utilisée dans la revue de nos collègues.
 Voici en effet photo de deux cas nous avons
 mis au pied, cette technique exceptionnelle
 de mise en P.L.S. L'opérateur est seul... et
 voit déjà comme bien cela a été incompris et
 faussé... et pourtant elle est simple! Lors-
 que l'un de vos collègues me voit je lui
 montrai la simplicité d'un geste em-
 portait mais très crépitable par lettre.
 Mais très entendu et fait valoir la
 mise en P.L.S. avec traction directe au bras
 à 3 secourants.

A vous de la joie! Affectueux
 et avec mes meilleurs amitiés!

Arnaud

DOCTEUR MARCEL ARNAUD
 CHIRURGIEN CONSULTANT DES HÔPITAUX
 57, RUE DRAGON
 MARSEILLE (6^e)
 TÉL. 53-20-64

23 oct - 76

Mon cher ami,

Je suis très heureux de recevoir de
 bonnes nouvelles et de constater par votre acti-
 vité et votre dynamisme n'ont pas baissé de pied!
 Tant mieux et tant mieux surtout pour le groupe par
 vous dirigé.

Je réponds maintenant à vos questions.

- 1°) sur le point concerné le "casque" je considère personnel-
 lement de trouper l'os l'os (Et on peut trouver le
 faire, même avec "l'intégral", à condition de savoir
 le faire) (un temps où même le Bénédictin existait
 et de reconnaître le caractère de son caractère... selon
 l'ablation d'un corps laissé initialement devant
 les aléatoires et son maintien et danger.)
- 2°) Il faut d'un peu s'abstenir cette énorme bêtise:
 la crâne qui n'est que général de son être ou
casque! La première fois et la dernière et
 qui est resté le casque de 1915 à 1918 et de
 1939 à 1940 n'a jamais vu cela qui
 traite stupidement dans les "très mal
 faits" et un très sérieux des bêtises.
- 3°) Il peut se faire (par exception) que l'on
 soit seul posé, d'un bête gisant en os!

SECOURIR A position latérale de sécurité



Dans les archives du Professeur ARNAUD, j'ai retrouvé un tiré à part, un document ronéotypé de l'époque, d'une douzaine de pages, intitulé, sous l'en tête du SMUR de Louis SERRE (alors dénommé « service mobile médical » d'urgence et de réanimation) ASPYXIE, les méthodes de ranimation d'urgence.

Après un rappel anatomique et physiologique de la respiration, les causes d'asphyxie, les conséquences, la conduite était détaillée, en insistant sur la LVA avec « l'hyperextension » de la tête et la « subluxation » du maxillaire inférieur. Et était présentée la PLS avec un croquis (page suivante) représentant la victime sur le côté, tête vers l'arrière, un coussinet sous la tête afin de la maintenir dans l'axe du corps.

Sur une diapositive retrouvée dans les archives du Professeur SERRE, en couleur, on retrouve bien cette PLS, la position repliée de la jambe pour caler le corps, des bras, et surtout la position de la tête.

Le 28 avril 1985, pour l'inauguration de la 1^{ère} rue à Lys lez Lannoy, nous avons préparé un exercice dans la rue même, pour le processus de la chaîne des secours. Pour les « 5 gestes », au moment de la mise en PLS, le Professeur SERRE s'approcha des secouristes bénévoles de l'ASAR (voir photo) pour placer lui-même sous la tête le fameux coussinet afin que la tête soit dans le prolongement de la colonne vertébrale.

Nous devons absolument différencier la PLS pour un malade, une personne victime d'un malaise avec une perte de connaissance, pour laquelle la mise en position latérale, sur le côté, afin de préserver sa respiration et permettre l'écoulement à l'extérieur de ce qui se trouve dans la bouche ou viendrait à être expulsé des voies digestives, ne nécessite pas des précautions particulières, si ce n'est une position vraiment latérale. On peut pratiquer tout à fait cette PLS seul. Il suffit de s'exercer.

Mais, en ce qui concerne un blessé, et notamment un blessé de la route pour reprendre l'expression du Professeur ARNAUD, c'est tout à fait différent. S'il s'agit de secouristes professionnels comme les sapeurs pompiers, ils seront plusieurs et ils sauront prendre les précautions nécessaires.

Pour le public, c'est-à-dire tous les témoins potentiels que nous sommes tous, nous devons nous faire aider afin qu'au cours de la manœuvre, même si l'un d'eux va la diriger, tourner le corps en le maintenant, et notamment au niveau de la tête et du cou.

Ainsi, la PLS pour un blessé doit s'apprendre à trois, au minimum à deux. Comme prétexte pour enseigner la PLS seul également pour un blessé, on nous avait répondu que souvent le « secouriste », le témoin agissant, était seul (?). C'est rarement le cas reconnaissons-le. Mais il faut que tous les témoins dont nous parlons soient formés à cette méthode, le 5^{ème} geste des « 5 gestes qui sauvent ».

Lors des modifications du programme AFPS en 2001, l'affaire de la PLS ne sait pas améliorée. Je profitais d'une lettre adressée au Professeur Pierre JOLIS*1, suite à l'inauguration de la rue au nom de Louis SERRE à Béziers, pour exprimer mes plus expresses réserves.

Des informations précisait que seule cette nouvelle PLS serait valable. Mais ceux qui, quelques mois ou quelques années plus tôt, dans le même cadre de l'AFPS avaient appris une technique différente, que devaient-ils faire en présence d'un malade ou d'un blessé inconscient ?

Dans les projets de révision des programmes de formation, on semble revenir vers un maintien de l'axe, la protection de la tête lors de la manœuvre (donc une PLS au minimum à deux) *2.

*1 Le Professeur Pierre JOLIS, pionnier du secourisme dans notre pays, est l'auteur de nombreux ouvrages dont nous parlerons dans les documents du CAPSU à paraître. Nous sommes toujours en contact avec lui et nous apprécions son état d'esprit qui consiste à pratiquer et enseigner le secourisme dans le seul but d'éduquer nos concitoyens, toujours, en France, particulièrement ignorants en la matière.

*2 À partir du numéro 38 du bulletin du CAPSU (prévu en décembre 2006, comme la sortie de ce tome IV), nous allons revenir sur l'historique de la PLS, de sa création par Marcel ARNAUD jusqu'à nos jours.

SERVICE MOBILE MÉDICAL D'URGENCE ET DE RÉANIMATION

Dr Louis SERRE

Asphyxie

MECANISMES CLASSIFICATION

Méthodes de Ranimation
d'Urgence

● VERIFICATION ARRIERE GORGE

- corps étrangers solides, liquides divers

● ASPIRATION DES MUCOSITES

- étage bucco-pharyngé
- étage laryngo-trachéal

Nota Bene : **PLS** (position latérale de sécurité)

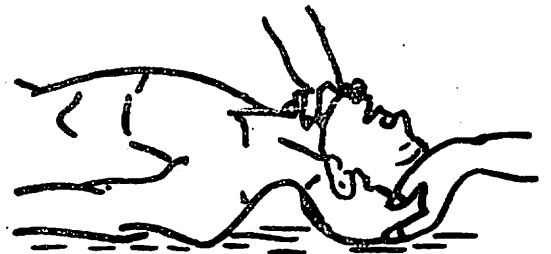
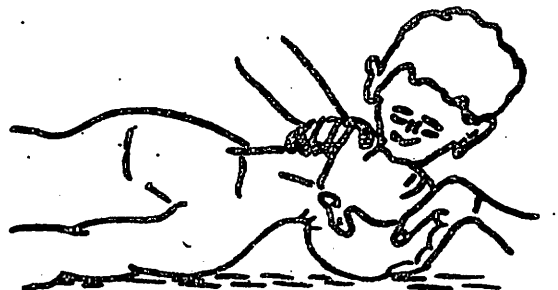
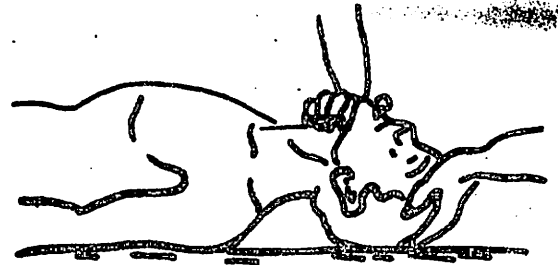


2 VENTILATION ARTIFICIELLE

● Bouche à bouche

ou

Bouche à nez



PHOTOS
Ci-dessous :

La PLS, photo tirée des diapositives du Professeur Louis SERRE

Le 28 avril 1985 à Lys lez Lannoy, les « 5 gestes » par les témoins dans la rue avant l'arrivée des secours. Le Professeur SERRE va placer lui-même sous la tête de la victime un « coussinet » pour maintenir « l'axe » et donc éviter que la tête ne repose sur le sol.



Le 29 juillet 2001

Monsieur le Professeur Pierre JOLIS,
36 Sentier des Torques,
92290 CHATENAY-MALABRY

Cher Professeur,

C'est avec plaisir et émotion que j'ai lu, dans le dernier numéro de la revue « Sécurité Civile et industrielle », l'hommage rendu à Béziers il y a quelques mois au Professeur Louis SERRE, par l'inauguration d'une rue à son Nom.

Je me souviens que le 28 avril 1985, il était venu ici, à Lys lez Lannoy, afin d'inaugurer la première rue de France portant le Nom de Marcel ARNAUD.

Surtout et je vous en remercie profondément, vous avez rappelé ce qui, à mes yeux est essentiel : « **Organisateur, il créa dès 1963 le premier SAMU** ».

En effet, si Marcel ARNAUD est « **Notre Maître à tous** » pour reprendre les propos du Médecin-Colonel Charles PRIM (c'était en 1975 lors de ma formation d'instructeur de Secourisme routier à Boulouris), ses disciples ont mis en pratique son concept de médicalisation : Paul BOURRET à Salon en 1957 avec le 1^{er} SMUR, Louis SERRE à Montpellier en 1963 avec le 1^{er} SAMU.

Louis SERRE est, vous le savez, Membre d'Honneur du CAPSU et nous lui rendons hommage régulièrement.

Je profite de ce courrier pour vous parler de la « nouvelle PLS ».

Je ne peux qu'être très surpris et un peu inquiet de la « nouvelle » méthode qui nous vient d'ailleurs. Le créateur de la P.L.S est Marcel ARNAUD et voici (lettre du 23 octobre 1976 copie jointe) ce qu'il m'avait écrit au sujet de la PLS déjà diffusée à l'époque dans la revue de l'ANIMS ! La PLS seul (en cas de chute ou d'accident) doit être **exceptionnelle** c'est à dire si on est seul afin de préserver la ventilation.

Quand on regarde les photos qui viennent d'être publiées dans « Secourisme revue », après une « chute du haut de l'escabeau » on est en droit de se poser des questions !

Je me souviens avoir interpellé l'ANIMS à Montpellier, en 1984 (en présence de Louis SERRE qui apporta une précision à propos du maintien dans l'axe) afin que l'on distingue bien la PLS pour la victime inconsciente suite à un malaise et la PLS du blessé grave, donc celui de la route !

D'ailleurs, c'est lui-même qui avait fait mentionner (PLS à 3) sur le dépliant du Secours Routier Français sur les « G.E.S » c'est à dire les « 5 gestes ».

L'article de presse ci-joint se passe de commentaires. Avec ces changements répétitifs de méthodes, le « public » ne s'y retrouve plus et on diffuse bien tout et n'importe quoi en matière de Secourisme.

Si l'on veut être cohérent, il faut donc interdire à la vente tous les ouvrages antérieurs à 2001, date d'application du nouveau programme ! Est-ce raisonnable ?

Il ne m'est pas possible de cautionner cette PLS pour un blessé. Comment en sommes-nous arrivés à un tel stade ? Je veux bien comprendre qu'il faille évoluer mais est-ce le cas ? Voyons maintenant la réalisation sur le terrain réel, face aux vrais blessés !

Je n'oublie pas le tome III sur l'œuvre de Marcel ARNAUD. C'est que nous avons beaucoup de retard du fait de la création du GRIC du CAPSU (groupe de secours en cas de catastrophe), nos actions pour les « 5 gestes », la sécurité routière et la Protection Civile.

Je vous prie de croire, Cher Professeur, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Didier BURGGRAEVE

La 4^{ème} rue

L'ASAR, créée le 18 (numéro d'appel des sapeurs pompiers) février 1979 à Lys lez Lannoy, rassemblait 2 associations locales appelées « équipes de secours SOS »*1 mises en place en 1975 pour les villes de Roubaix-Wattrelos et Lys lez Lannoy, Hem et Leers. Nous regroupions au sein de l'ASAR (agglomération de Roubaix), 4 communes, Roubaix, la ville principale puis Lys lez Lannoy (mon domicile d'où ensuite le siège), les villes voisines de Hem et de Leers. C'est pourquoi il y eut 4 rues, pour les 4 communes d'action de l'ASAR.

Je prenais donc contact avec le maire de la ville de Leers, limitrophe à Lys lez Lannoy, pour lui demander (lettre du 6 décembre 1986) d'envisager la création d'une rue au Nom du Professeur ARNAUD. Le 27 septembre de la même année, les Secouristes de l'ASAR avaient été reçus à l'hôtel de ville*2, comme nous le faisons chaque année dans une ville différente, pour remettre les nouveaux brevets de secourisme et faire le point de nos actions. C'est le Docteur André SOUBIRAN, Président de l'ACMF, qui avait fait le déplacement, pour présider cette cérémonie et surtout, le lendemain, inaugurer à Hem la 3^{ème} rue (voir tome II).

Après la 1^{ère} rue, à Lys, en 1985, la seconde à Hem, en 1986, la troisième fut celle de Roubaix en 1987, après la cérémonie du 18 août à Marseille et enfin, celle de Leers. Je relançais le maire de Leers, M. DEMONCHAUX, qui connaissait depuis toujours notre action dans l'agglomération et au-delà, par une lettre du 23 janvier 1988.

Par un article de presse en date du 4 mars 1988, qui faisait le compte rendu du dernier conseil municipal, j'apprenais enfin l'accord de la ville :

« Après avis favorable des commissions, il fut décidé de dénommer allée du professeur Arnaud (précurseur du SAMU) la voie de desserte du lotissement Massein, rue Jules Ferry... ».

Je faisais part de ma satisfaction au maire de Leers par une lettre du 2 avril 1988. Et je contactais le Professeur Maurice CARA*3 afin de lui demander d'accepter de présider la cérémonie. Puis, nous préparions la cérémonie en elle-même (lettres du 20 mai 1988 et du 10 septembre*4).

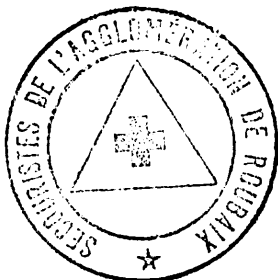
Par une lettre en date du 1^{er} juin 1988, le Professeur Maurice CARA me confirmait son accord pour présider l'inauguration de cette nouvelle rue au nom du Professeur (avec désormais, en plus, la mention « Précurseur des SAMU » à l'instigation, il faut le rappeler du Docteur Michel GHYSEL, qui fut premier adjoint au maire de Roubaix et député – suggestion judicieuse afin de rappeler à tous qui avait été Marcel ARNAUD).

*1 Rattachées à la Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS).

*2 Au cours de cette cérémonie à l'hôtel de ville de Leers, fut projeté l'enregistrement d'une émission de TF1 sur les « 5 gestes qui sauvent », suite à un reportage réalisé à Roubaix et à Lys lez Lannoy.

*3 Je connaissais depuis très longtemps, de nom, le Professeur CARA. J'avais lu des articles de sa main relatifs au secourisme et je me souviens notamment de sa réflexion sous forme de regret « le secourisme est pratiquement inconnu à la faculté de médecine » ou quelque chose de semblable, ce qui m'avait interpellé à l'époque (dans les années 70). Préoccupé par la formation de nos concitoyens, je pensais qu'au dessus de nous, c'est-à-dire le personnel para médical et surtout les médecins (généralistes) maîtrisaient ces gestes de secourisme. Hélas, ce n'était pas du tout le cas. Je pus m'en rendre compte lors de mon expérience comme ambulancier professionnel, de 1977 à 1980 (pour connaître un métier et son environnement, il n'y a qu'une solution, le pratiquer).

*4 Comme on a pu le lire dans les tomes précédents, ainsi qu'à travers tous les documents publiés par le CAPSU, le SRF (Secours Routier Français), créé en 1954, et qui soutenait l'œuvre du Professeur ARNAUD, était également associé à ces cérémonies ; comme l'ACMF (Automobile Club Médical de France) qui, également, apporta un concours permanent à Marcel ARNAUD et créa, en 1959, sous son impulsion, les « assises sur les accidents de la route ». Ainsi, nous avons récupéré une BAU (borne d'appel d'urgence) que nous exposons en divers endroits des communes de l'agglomération. Le SRF et l'ACMF prirent aussi leur part afin de relayer le concept des « 5 gestes qui sauvent ».



Le 6 décembre 1986

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
59115 LEERS

Monsieur le Maire,

Nous vous remettons sous ce pli deux photos couleur prises lors de la réception des Secouristes en votre hôtel de ville le 27 septembre dernier, l'une prise lors du passage du film de TF1 sur les "5 gestes" où l'on voit que vous êtes tout particulièrement attentif; l'autre lors de la remise des Brevets Nationaux.

Nous ne pouvons qu'à nouveau vous remercier de votre accueil chaleureux et du soutien moral et financier que vous apportez à notre action bénévole.

Nous vous remettons sous ce pli copies d'articles parus dans des journaux médicaux relatant nos cérémonies des 27 et 28 septembre.

Nous vous confirmons par la présente notre souhait de voir exister à Leers, après Lys et Hem et nous l'espérons Roubaix également, une rue "Professeur Marcel ARNAUD" - précurseur des SAMU - afin que nous puissions l'an prochain lui rendre un Hommage dans le Nord puis à Marseille pour le 10ème anniversaire de sa disparition.

Nous vous joignons sous ce pli quelques documents complémentaires relatifs au Professeur ARNAUD, articles parus lors de son décès en 1977.

Nous espérons qu'une rue sera disponible pour mi-juin 1987 date à laquelle nous pensons organiser diverses manifestations de Secourisme dans l'agglomération et inviter les Amis du Professeur ARNAUD.

En restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Monsieur le Maire, en l'expression de nos sentiments très distingués.

Le Président,



Le 23 janvier 1988

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
59115 LEERS

Monsieur le Maire,

A notre demande, les communes de Lys lez Lannoy en 1985, Hem en 1986 puis Roubaix en octobre 1987 ont accepté de donner le Nom d'une rue au Professeur Marcel ARNAUD, précurseur des SAMU.

Nous avons fait la même demande pour Leers et cette question avait été abordée publiquement lors de la réception de l'ASAR en votre Hôtel de Ville en septembre 1986 en présence du Docteur André SOUBIRAN.

Cette année, nous espérons pouvoir inaugurer cette dernière rue à la mémoire de notre Maître. Lors de notre Assemblée Générale à Lys l'an dernier, M. LAMEYSE avait annoncé la création de nouveaux lotissements fin 1987-début 1988.

Le 18 août dernier à Marseille, pour le dixième anniversaire de la disparition du Professeur ARNAUD une émouvante cérémonie a eu lieu au cimetière de Mazargues. Vous trouverez ci-inclus l'un des comptes-rendus parus sur cet Hommage, article de la revue des SAMU.

Nous espérons que lors de notre prochaine Assemblée Générale qui se déroulera cette année à Leers vous pourrez nous confirmer la bonne nouvelle.

En cette attente et avec nos remerciements anticipés, nous vous prions de croire, Monsieur le Maire, en nos sentiments dévoués et les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE



Le 2 avril 1988

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
LEERS

Monsieur le Maire,

C'est avec grand plaisir que j'ai appris que le Conseil Municipal, après avis favorable de votre part et de la commission concernée, avait décidé de donner le Nom du Professeur Marcel ARNAUD à une rue de la Commune.

Je me félicite de ce choix qui honore ainsi la mémoire d'un Homme éminent qui a rendu de grands services à la France, aux Français, à la Médecine et aura été le précurseur des SAMU.

Je fais connaître cette bonne nouvelle au Docteur André SOUBIRAN, présent l'an dernier à Roubaix pour l'inauguration de la rue "Marcel ARNAUD".

Je vous remercie de faire en sorte que la dénomination de la rue comporte "Professeur Marcel ARNAUD - Précurseur des SAMU".

Je demande, par autre courrier, au Professeur Maurice CARA, Fondateur du SAMU de PARIS, de bien vouloir accepter d'inaugurer cette rue, en votre compagnie, en septembre prochain, si possible le dimanche 25 septembre, dans la matinée. Voulez-vous me dire si cette date reçoit votre agrément.

Veuillez croire, je vous prie, Monsieur le Maire, en mes meilleurs sentiments.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE



Le 20 mai 1988

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
59115 LEERS

Monsieur le Maire,

En accord avec le Secrétaire Général de la Mairie, nous avons retenu la date du dimanche 9 octobre 1988 pour l'inauguration officielle à Leers de la rue "Professeur Marcel ARNAUD - Précurseur des SAMU".

Le Docteur André SOUBIRAN qui avait inauguré celle d'Hem en 1986 vient de nous faire connaître qu'il sera parmi nous pour ce nouvel Hommage à notre Maître.

Cette rue sera très probablement inaugurée par le Professeur Maurice CARA, fondateur du SAMU de PARIS, sous votre Présidence et avec la participation, nous l'espérons, du Conseil Municipal.

La voie elle-même pourrait faire l'objet d'une cérémonie - ruban et plaque dévoilée - par exemple à 11 heures; puis les Personnalités pourraient se retrouver, si vous en êtes d'accord, à l'Hôtel de Ville pour rendre Hommage public à celui qui créa la traumatologie routière.

Le Secours Routier Français sera également associé à cet Hommage qui débutera la veille, à Lys, avec la réception annuelle des nouveaux Secouristes.

Nous sommes heureux à l'idée de vivre à nouveau une grande journée à la mémoire du Professeur ARNAUD, grâce à nous, et nous vous en remercions à nouveau.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Maire, en l'expression de nos sentiments dévoués et les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

PJ : Ph article paru dans la revue du Secours Routier Français sur la nouvelle rue à Roubaix au Nom du Professeur ARNAUD.



ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"

Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse Postale : A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 10 Septembre 1988

A.S.A.R.

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
59115 LEERS

Monsieur le Maire,

En complément de ma lettre du 29 août, je vous propose de prolonger la cérémonie du 9 octobre par l'exposition, à l'entrée de la Mairie, d'une borne d'appel d'urgence du Secours Routier Français.

Ces bornes d'urgence sont implantées en France par le Secours Routier Français (dépliant joint). Elle sera exposée à la Mairie de Lys du 5 au 11 octobre, puis à Leers, si vous en êtes d'accord, du 11 au 18 avant d'aller à Hem puis à Roubaix.

Des dépliants seront mis à la disposition de la population ainsi que la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent" dont le premier geste est "ALERTER".

Vous trouverez sous ce pli le journal n° 6 de l'ASAR qui relate nos activités bénévoles au service de la population.

Je vous prie de croire, Monsieur le Maire, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Etudes
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

085

Docteur Maurice CARA
Professeur d'Anesthésie-Réanimation
6, Rue Dulac
75015 PARIS
Tel 45 67 54 33

Paris le 1 juin 1988

Monsieur Didier BURGRAEVE
A.S.A.R.
59390 LYS-LEZ- LANNOY

Cher Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir excuser mon retard à répondre à votre lettre du 30 avril, mais Monsieur Adam a dû vous confirmer que je représenterais le Secours Routier Français lors de l'inauguration de la rue du "Professeur Marcel Arnaud" à Leers. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de me proposer la présidence de cette inauguration et confirme donc que je vous réserve le Dimanche 9 octobre 1988.

Je vous prie d'agréer, Cher Monsieur, l'expression de mes salutations cordiales et très sincères.

Pr M.  C A R A

Parmi les textes du Professeur CARA, j'ai conservé, notamment, celui reproduit dans la revue « Le Devoir » de la FFSS, repris du « courrier médical » de décembre 1974, intitulé « La médecine de secours ».

Il aborde les deux préoccupations du CAPSU, l'accident et l'organisation des secours. Il rappelle ses premières actions (voir note biographique) relatives à l'anesthésie. Et coïncidence, dans cet article, il évoque Paris et « les cars de police secours » chargés de transporter les blessés de la circulation... situation dénoncée par le Professeur ARNAUD lors de la conférence organisée par l'UNPC en mai 1971 à Paris. Et le professeur CARA achève ce texte de 1974, soit il a plus de trente ans, par :
« Cette éducation secouriste c'est dans la jeunesse qu'il faut la débiter ».

Or, en 2006, nous constatons que les progrès ont été maigres dans cette direction malgré de multiples textes dans ce sens depuis 1958 ! Et, de plus, notre pays a été incapable de mettre en place une formation, au moment de la préparation d'un permis de conduire, afin que chaque titulaire sache ce qu'il convient de faire face aux détresses, ces états qui tuent en quelques minutes !

Dans le « concours médical » de juin 1984, le Professeur Maurice CARA signait un texte intitulé « Vocabulaire de l'urgence ». Il apportait alors des explications très détaillées sur l'origine et la signification de mots que nous utilisons tous, parfois d'une manière erronée.

Je me souviens que le Professeur ARNAUD, en réponse à une question (à Saint Amand les Eaux, dans le Nord, école de la Protection Civile, c'était en 1971 ou en 1972 car je l'avais revu deux fois lors de son passage), il avait invité mes camarades moniteurs – dont la plupart sapeurs pompiers – à éviter d'utiliser le mot « soins » à consonance médicale et à préférer celui de « secours », plus adéquat pour le secourisme donc notamment le grand public.

A ma demande, le Professeur CARA m'avait fait parvenir une note biographique afin que je puisse y extraire les principales données relatives aux accidents de la route et au SAMU, en liaison avec l'œuvre du Professeur ARNAUD. Cette note, ci-après, résume bien l'œuvre de cet homme éminent que j'avais enfin rencontré, ce 18 août 1987 à Marseille, lors de l'hommage national à Marcel ARNAUD pour la commémoration du dixième anniversaire de sa disparition.

C'est ainsi que le SAMU de Paris ne fut créé qu'en 1972 et, encore, à cette date, on était loin de la coordination entre tous les acteurs, notamment les sapeurs pompiers (et la BSPP à Paris avec ses propres médecins). Surtout, le Professeur CARA prit la suite du Professeur ARNAUD pour présider la commission médicale du SRF. C'est à ce titre que nous allions nous rencontrer à plusieurs reprises, notamment pour la diffusion des « GES », durant l'existence temporaire de cette formation grand public (de 1978 à 1991, date de sa suppression).

Quelques articles de presse avaient annoncé sa venue à Lys lez Lannoy et Leers en octobre. L'approche du 18 août nous permettait aussi d'indiquer ce que nous allions faire, en cette année 1988, à la mémoire du Professeur ARNAUD, à Marseille, puis en nous rendant dans les trois rues qui portent son nom dans notre agglomération.

Le 31 août 1988, je disais au Professeur CARA combien j'étais honoré de l'accueillir chez nous pour cet hommage et je lui annonçais la « nouvelle » rue, à Marseille, donc la 5^{ème} en France, suite aux contacts avec le maire, le Professeur Robert VIGOUROUX que j'avais également rencontré le 18 août (voir tome III).

Enfin, le carton d'invitation était réalisé et diffusé, au niveau local certes mais également auprès de ceux avec qui nous étions en contact depuis notre initiative de 1985.

Le samedi, à Lys, le SRF nous offrit un matériel de désincarcération de type « Gallégo » que j'avais été cherché moi-même à Sisteron lors de mon voyage dans le sud (ce qui m'avait permis de me rendre à Marseille sur la tombe de Marcel ARNAUD).



-2 FEB 1976

Nous sommes heureux de publier, à l'intention de nos lecteurs, un article du Professeur CARA qui nous a autorisé à le reproduire. Cet article a été publié dans le « COURRIER MÉDICAL » du 14 décembre 1974.

LA MÉDECINE DE SECOURS PAR LE PROFESSEUR M. CARA

L'accident est l'une des plaies de la vie moderne, l'organisation des secours, l'une des tâches majeures de la médecine d'aujourd'hui.

Ce sont les accidents d'anesthésie auxquels je me suis tout d'abord intéressé. Ils étaient autrefois très nombreux. Les imperfections des techniques et du matériel avaient leur part de responsabilité, les fautes d'inattention — toujours les mêmes — avaient aussi la leur. La routine émousse l'attention. Il en est ainsi dans tous les métiers techniques. D'où la nécessité d'automatiser les procédures techniques. A l'analyse, il est apparu que, le plus souvent, l'origine des décès était respiratoires. Aussi a-t-on cherché à perfectionner la ventilation artificielle. Au début, les anesthésistes étaient partagés. Les anciens disaient : rien ne remplace la main... Mais là aussi la mécanisation l'a emporté sur l'artisanat. Il est admis aujourd'hui que les appareils à respiration artificielle, s'ils sont bien réglés et bien entretenus, ne tombent pas en panne et peuvent ventiler le malade aussi longtemps que nécessaire. Pendant que la machine marche — bêtement mais régulièrement — le médecin, qui n'a plus à appuyer sur le ballon, peut s'occuper à surveiller les autres fonctions du malade et, en particulier, la fonction circulatoire.

Bien que les accidents cardiaques de l'anesthésie soient moins fréquents que les accidents respiratoires qui les précèdent le plus souvent, il n'en est pas moins absurde aujourd'hui qu'un malade meure de fibrillation au cours d'une anesthésie, alors qu'il aurait peut-être survécu si l'anesthésiste avait surveillé en permanence l'E.C.G. et pu défibriller immédiatement. Il suffit que les électrodes de l'E.C.G. soient branchées avant l'intervention, que le tracé s'inscrive sur un écran d'oscilloscope, qu'un défibrillateur soit à portée de main. L'arrêt cardiaque anesthésique n'est pas l'apanage de l'anesthésie générale. Il peut survenir au cours d'une anesthésie locale, par exemple au cours de l'anesthésie dentaire. Or, il existe en France des oscilloscopes avec un défibrillateur incorporé, appareils robustes, résistant aux chocs et ne connaissant pratiquement pas les pannes. Ils devraient avoir leur place partout où une anesthésie est

entreprise, les accidents, ceux imputables à l'anesthésie, sont les plus faciles à prévenir, car ils surviennent obligatoirement en milieu médical.

Les autres accidents, de plus en plus fréquents (300 000 blessés chaque année en France), surviennent n'importe où, en des endroits où rien n'est prévu pour traiter les malades. Il faut bien sûr les transporter, mais en évitant qu'ils ne meurent au cours du transport. Or, ce sont de plus en plus souvent des polytraumatisés, bien différents des blessés du travail ou par projectiles de guerre. Aujourd'hui, par exemple, dans l'accident de la route, c'est l'homme qui est le projectile. Or, l'homme projectile se désintègre sur l'obstacle : d'où, en plus des bris de la charpente, de graves dégâts internes, viscéraux, vasculaires, cérébraux. Pour eux, il a fallu inventer de nouvelles méthodes de respiration artificielle : le bouche à bouche, beaucoup plus efficace que les méthodes d'autrefois et qu'il faut enseigner à tous et à toutes (y compris aux médecins...). La vie du blessé tient à la chance qu'il a — on n'a pas — que quelqu'un capable de le faire respirer le prenne en charge jusqu'à ce qu'arrive l'ambulance. Car le second problème, c'est qu'une ambulance efficacement équipée en hommes et en matériel parvienne le plus vite possible auprès du blessé. Une fois le blessé arrivé vivant à l'hôpital, même si ses blessures sont multiples, il a de bonnes chances d'être sauvé. La difficulté est de maintenir jusque-là les fonctions vitales : il faut arrêter les hémorragies accessibles et ventiler en cas d'arrêt respiratoire.

Les Anglo-Saxons s'intéressent beaucoup aux unités automobiles de soins d'urgence aux coronariens en danger de mort subite. En cas d'infarctus du myocarde, plus vite le malade est sous « monitoring », plus les complications sont détectées précocement et plus il a de chances d'en réchapper. C'est dans les premières heures que le risque est le plus grand. Or, paradoxalement, pendant ces premières heures, le malade n'est le plus souvent qu'en instance d'être pris en charge. Les « automobiles » de Belfast constituent une expérience. Ce sont des unités automobiles polyvalentes qu'il nous faut équiper. En effet, il n'est pas admissible qu'une ambulance

patrouille en l'attente d'un coronarien en détresse et doit renoncer à prendre en charge un intoxiqué ou un polytraumatisé !

Aujourd'hui, à Paris, ce sont souvent les cars de Police-secours qui transportent, les malades ou les blessés en grand danger. Un car de Police-secours coûte environ un million de nouveaux francs par an, car il faut 6 équipes, de 6 personnes pour qu'il fonctionne 24 heures sur 24. Les unités mobiles d'urgence PS-Samu que l'on va mettre en service à Paris comporteront un médecin, un étudiant, un secouriste et un chauffeur. Quatre personnes très compétentes ne coûtent pas plus cher que six moins compétentes, et elles sont plus efficaces. La technique médicale adaptée aux secours de première urgence que permettront ces unités mobiles polyvalentes constituera un grand progrès. Reste à organiser mieux qu'ils ne le sont, les soins dès l'accueil à l'hôpital, et aussi à éviter ces retards absurdes pour erreur d'orien-

tation, qu'hélas ! nous connaissons tous.

La médicalisation des secours est indispensable, mais il ne faut pas perdre de vue cette notion élémentaire mais capitale : porter secours est une tâche collective. Médecins et non-médecins, nous sommes tous concernés. Tout le monde doit s'y mettre... celui qui ne sait rien faire appelle au secours, celui qui est secouriste — qui a appris le bouche à bouche, le massage cardiaque, qui sait les gestes à ne pas faire — s'occupe du blessé, le médecin s'efforce d'établir le diagnostic évalue l'urgence et débute les soins. Cette éducation secouriste c'est dans la jeunesse qu'il faut la débiter. Il faut apprendre aux enfants à se porter au secours du camarade en difficulté. De cette éducation secouriste, nous, médecins, ne pouvons nous en désintéresser. Nous devons être les instructeurs et les conseillers de ces bonnes volontés éducatives qui ne seront jamais trop nombreuses.

Éh oui !

Le professeur Cara, fondateur du SAMU de Paris, en octobre à Leers

Les secouristes de l'A.S.A.R. (association des Secouristes de l'agglomération de Roubaix) vivront encore deux grands moments les 8 et 9 octobre prochains. En effet, samedi 8 octobre, les nouveaux secouristes de l'équipe d'intervention de l'A.S.A.R. seront reçus à l'hôtel de ville de Lys-lez-Lannoy par le maire, M. Codron, et les élus. A cette occasion, une partie du matériel de secours de l'équipe d'urgence sera présentée et l'A.S.A.R. espère cette année le concours du Secours routier français pour du matériel de désincarcération.

Dimanche matin, à Leers, le professeur Maurice Cara, fondateur du SAMU de Paris, président de la Commission médicale du Secours routier français, inaugurerà la 4^e rue au nom du professeur Marcel Arnaud, précurseur des SAMU, dans l'agglomération roubaisienne, à l'initiative de l'A.S.A.R.

De nombreuses personnalités assisteront à cette cérémonie qui sera la dernière. En effet, l'ASAR a voulu honorer la mémoire du professeur Arnaud dans les quatre villes où elle agit pour la prévention et le secourisme.

Après Lys-lez-Lannoy en 1985 avec le professeur Louis Serre, fondateur du SAMU de

Montpellier, Hem en 1986 avec le Docteur André Soubiran, président de l'Automobile-Club médical de France, Roubaix l'an dernier avec le médecin-colonel Heraut lui-même ancien collaborateur du professeur Arnaud, le choix porté sur le professeur Maurice Cara ne pouvait être meilleur pour ce nouvel hommage au créateur du secourisme routier en France.

Par ailleurs, l'association vient de décider de décerner au Docteur André Soubiran, la médaille d'honneur de l'A.S.A.R. pour l'aide pertinente et efficace apportée aux secouristes notamment lors de la campagne nationale des « 5 gestes qui sauvent ». Le Docteur Soubiran avait accueilli à Paris en mai 1987 MM. Burggraeve et Lauwick afin de présenter à la presse cette campagne. L'Automobile-Club médical de France financera la prochaine édition de la brochure « Cinq gestes qui sauvent » qui sortira d'ici quelques semaines.

Enfin, le docteur Soubiran est l'un de ceux, hélas devenus rares, qui n'omettent pas de rappeler la mémoire du professeur Arnaud dans ses écrits et par sa présence (à Lys en août 1985, Hem en 1986, Roubaix en 1987 et pour le dixième anniversaire de la disparition du Professeur Arnaud le 18 août dernier à Marseille).

30 JUL. 1988

vocabulaire de l'urgence

LE vocabulaire de certains mots utilisés pour l'urgence médicale, à commencer par le mot « *urgence* » lui-même, est pris dans des acceptions mal définies, vagues et parfois impropres. Comme il en résulte des confusions, voire des conflits d'attribution regrettables, il nous a paru utile de retourner aux sources et de dégager des définitions qui ont été soumises au Comité des termes médicaux en sa séance du 3 mars 1983.

● **Urgence** est formé à partir d'*urgent*, adaptation française du mot latin de basse époque *urgens*. Ce mot latin est en fait le participe du verbe *urgere* qui veut seulement dire « serrer de près »¹. Est urgent ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante. Dans les hôpitaux, on qualifie d'entrés en urgence les patients qui sont entrés en dehors des heures ouvrables et, en conséquence, on ne possède pas de statistique des urgences qui arrivent aux heures ouvrables. Ainsi le mot *urgence* prend des acceptions différentes dans la bouche d'un malade ou de sa famille, d'un médecin « il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés », ou d'un administrateur. Lorsque la situation médicale est grave il vaut mieux utiliser les termes de *péril*² (*Code pénal*) ou de détresse³, qui apportent la notion de mort imminente.

● **Soin**. Au XX^e siècle, le mot *soin* a pris un sens restreint dans le domaine médical. Ce mot vient du francique *sunajon*, *s'occuper de...*, *veiller à ...*, d'où *besoin*, du francique *bi sūnnia*, *veille auprès de...*, ce dont on doit s'occuper, ce qui est une nécessité. Un nécessaire est un besogneux.

Dans l'acception médicale actuelle, les soins représentent tous les actes, tous les gestes, tout

1. La même racine indo-européenne *wreg* a donné *vrasati* en sanscrit, il va de l'avant, *wrikan* en gothique, poursuivre, *wreak* en anglais et *räcken* en allemand, se venger et venger respectivement.

2. Le mot vient du latin *perire* (passer à travers), passif de *perdere*, il veut donc dire être perdu, euphémisme pour dire être en train de mourir.

3. Ce mot implique l'idée de strangulation, d'étouffement (racine *streig* qui a donné en grec *straggalaô*, étrangler, et en latin *stringere*, serrer).

ce qui est fait pour s'occuper de quelqu'un dans le but de le guérir ou de le protéger contre la maladie ou ses complications.

Le terme **soins aux malades**, c'est-à-dire à tous ceux qui, blessés, fiévreux, parturientes ou autres se trouvent en mauvais état (*male habitus*), prend une acception bien précise, s'occuper des malades, blessés et femmes enceintes. Dans tous les textes concernant la santé, le mot *soin* doit donc être pris sous cette acception : le ministère de la Santé s'occupant des malades, blessés et femmes enceintes, le domaine des soins est de son ressort nonobstant la qualité de la personne qui prodigue ses soins aux gens qui en ont besoin.

● **Secours** a pris un sens restreint dans le domaine des accidents : « apporter du secours », mais on l'emploie au sens militaire, envoyer des secours. Ce mot vient du latin « *succurere* », courir sus (vers), il implique l'idée d'aller vite sur place, amener de l'aide mais ne comportait pas primitivement la notion d'aide. Au XX^e siècle on a introduit le mot *secouriste*, c'est-à-dire qui porte secours aux victimes des accidents. Le terme *secours* n'a pas d'acception de santé par lui-même mais dans la locution « premier secours aux blessés » il en prend forcément une, car on ne peut concevoir des secours à un blessé sans un minimum de soins.

● **Transport**, du latin *transportare*, de « porter » (langue populaire) et de « trans » au-delà. Il est à noter qu'en vieux français le mot « port » signifiait souvent aide, faveur au Moyen Age et jusqu'au XVI^e siècle. La racine du mot *per* (indo-européen) implique l'idée de traverser (grec *peirô*, *poros*, passage), en latin *portus* est le passage, l'entrée du port, puis le port lui-même : *portare* veut exactement dire *amener au port*. Transporter sous-entend donc, en matière de secours aux accidentés, l'idée de déplacer de l'endroit où ils sont pour les amener dans un lieu (sûr), où l'on pourra donner les soins dans de meilleures conditions. Le transport met en œuvre des moyens qui relèvent évidemment de l'autorité qui les possède : brancards (norme française 90-311), ambulances, véhicules de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB, norme française 64-22) etc.

● **Evacuation**, du latin médical *evacuare, vider* (de *ex*, en dehors, *vacuum, vide*) ; exemple, évacuer le pus d'un abcès. Evacuer est donc un doublet de vider, exemple : « évacuer les lieux ». Le mot évacuation a été employé par le service de santé militaire pour désigner le désencombrement d'un poste de secours d'une infirmerie ou d'un hôpital pour faire de la place. Une évacuation comporte donc forcément un transport. Dans la terminologie médicale actuelle, on préfère parler de transport primaire du lieu de l'accident au premier abri (« le port ») où des soins peuvent être faits dans d'assez bonnes conditions, *transport secondaire*, de ce lieu vers un hôpital plus structuré. Le transport secondaire correspond à une évacuation du premier lieu de soins vers un hôpital mieux équipé.

Le mot *transport* implique donc l'idée de faire passer quelqu'un ou quelque chose d'un endroit à un autre qui est plus sûr (le port). Le transport est une chose indépendante des soins, mais il est hautement souhaitable que les soins ne soient pas négligés pendant le transport. Ainsi le mot *évacuation*, issu du jargon médical, est un mauvais terme. Comme la réalisation de l'évacuation implique forcément un transport, ce seul terme devrait être employé pour tout ce qui est transport.

Pr M. CARA
Comité d'Étude des termes médicaux français, Paris.

2169

2 2 JUIN 1988

Le fondateur du SAMU de Paris inaugurerà en octobre la rue « Professeur Marcel Arnaud »

Les secouristes de l'A.S.A.R. (Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix) vivront encore deux grands moments les 8 et 9 octobre prochains. En effet, samedi 8 octobre, les nouveaux secouristes et l'équipe d'intervention de l'ASAR seront reçus à l'hôtel de ville de Lys-lez-Lannoy par le maire M. Codron et les élus. A cette occasion, une partie du matériel de secours de l'équipe d'urgence sera présentée et l'ASAR espère cette année le concours du Secours Routier Français pour du matériel de désincarcération.

Dimanche matin, à Leers, le professeur Maurice Cara, fondateur du SAMU de Paris, président de la commission médicale du secours routier français inaugurerà la 4^e rue du nom du professeur Marcel Arnaud, précurseur des SAMU, dans l'agglomération roubaisienne, à l'initiative de l'ASAR.

Le professeur Cara, fondateur du SAMU de Paris, en octobre à Leers

Les secouristes de l'A.S.A.R. (association des Secouristes de l'agglomération de Roubaix) vivront encore deux grands moments les 8 et 9 octobre prochains. En effet, samedi 8 octobre, les nouveaux secouristes de l'équipe d'intervention de l'A.S.A.R. seront reçus à l'hôtel de ville de Lys-lez-Lannoy par le maire, M. Codron, et les élus. A cette occasion, une partie du matériel de secours de l'équipe d'urgence sera présentée et l'A.S.A.R. espère cette année le concours du Secours routier français pour du matériel de désincarcération.

Dimanche matin, à Leers, le professeur Maurice Cara, fondateur du SAMU de Paris, président de la Commission médicale du Secours routier français, inaugurerà la 4^e rue au nom du professeur Marcel Arnaud, précurseur des SAMU, dans l'agglomération roubaisienne, à l'initiative de l'A.S.A.R.

De nombreuses personnalités assisteront à cette cérémonie qui sera la dernière. En effet, l'ASAR a voulu honorer la mémoire du professeur Arnaud dans les quatre villes où elle agit pour la prévention et le secourisme.

Après Lys-lez-Lannoy en 1985 avec le professeur Louis Serre, fondateur du

SAMU de Montpellier, Hem en 1986 avec le Dr André Soubiran, président de l'Automobile-Club médical de France, Roubaix l'an dernier avec le médecin-colonel Heraut lui-même ancien collaborateur du professeur Arnaud, le choix porté sur le professeur Maurice Cara ne pouvait être meilleur pour ce nouvel hommage au créateur du secourisme routier en France.

Par ailleurs, l'association vient de décider de décerner au Dr André Soubiran, la médaille d'honneur de l'A.S.A.R. pour l'aide pertinente et efficace apportée aux secouristes notamment lors de la campagne nationale des « 5 gestes qui sauvent ». Le Dr Soubiran avait accueilli à Paris en mai 1987 MM. Burggraev et Lauwick afin de présenter à la presse cette campagne. L'Automobile-Club médical de France financera la prochaine édition de la brochure « Cinq gestes qui sauvent » qui sortira d'ici quelques semaines.

Enfin, le Dr Soubiran est l'un de ceux, hélas devenus rares, qui n'omettent pas de rappeler la mémoire du professeur Arnaud dans ses écrits et par sa présence (à Lys en août 1985, Hem en 1986, Roubaix en 1987 et pour le dixième anniversaire de la disparition du professeur Arnaud le 18 août dernier à Marseille).

Note biographique sur le Professeur Maurice CARA

- ancien Chef du Département d'Anesthésiologie des Hôpitaux Necker, Laënnec et Boucicaut,
- ancien Directeur du SAMU de Paris,
- président de la Commission Médicale du Secours Routier Français.

M. CARA est né le 24 novembre 1917 près de Masevaux (Haut-Rhin), il est fils de médecin.

Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre 1939-1945, Médaille de la Résistance, Médaille du Mérite de l'Armée de l'Air, Officier du Mérite de l'Ordre de Malte, etc.

Mobilisé en 1939, M. CARA termine la Guerre en 1945 comme Médecin Lieutenant et passe dans la réserve au Centre de Recherche de Médecine Aéronautique de l'Armée de l'Air.

1944 : Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

1947 : Assistant d'Anesthésie-Réanimation des Hôpitaux de Paris, et Assistant de biophysique à la Faculté de Médecine de Paris puis l'année suivante Chef des Travaux de Biophysique à la Faculté de Médecine de Nancy.

1956 : Chargé de recherches au C.N.R.S, Directeur du Laboratoire Expérimental de Physique de l'Assistance Publique et chef du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Paris.

1962 Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation et Chef de Département d'Anesthésiologie à Paris-Necker.

→ 1972 Directeur fondateur du SAMU de Paris et Professeur d'Anesthésie-Réanimation

1984 passage à l'honorariat.

→ 1985 Président de la Commission Médicale du Secours Routier Français.

Dans une première période M. CARA s'est consacré à l'anesthésie-réanimation en chirurgie thoracique (dans le Service du Professeur Robert Monod dont il a été l'adjoint pendant la Résistance), plus particulièrement à la mise au point de l'appareillage d'anesthésie et d'exploration fonctionnelle respiratoire mis au point dans son laboratoire (devenu le Laboratoire Expérimental de Physique de l'Assistance Publique à Paris). Il a été chargé par la Commission de physiopathologie respiratoire de la C.E.C. A. (Communauté Economique Européenne) de la rédaction des normes de spirométrie (publiées en 1961) pour l'exploration fonctionnelle respiratoire : cela afin d'harmoniser l'expertise respiratoire des ouvriers du charbon et de l'acier dans les différents pays européens. De même M. CARA a été chargé par le Ministère de la Santé de la normalisation des appareils d'anesthésie et de respiration artificielle.

Dans une seconde période, progressivement à partir de 1954, M. CARA s'est consacré à la respiration artificielle en réanimation médicale et chirurgicale pour son application au traitement de la poliomyélite puis en

→ chirurgie pulmonaire en collaboration avec l'équipe suédoise de Stockholm (Engström, Björk, Norlander, Swenson), il l'a appliqué en neurochirurgie etc. Très rapidement il est devenu nécessaire de transporter les malades graves sous respiration artificielle en ambulance : d'où la création du premier Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR de Paris) en 1956. Dans l'année suivante, les transports des insuffisants respiratoires par avion ont été mis au point en collaboration avec l'Armée de l'Air. En 1963 c'est la mise au point définitive des transports aériens des malades et blessés graves par avion et par hélicoptère en collaboration avec l'Armée de l'Air, la Gendarmerie et, pour l'étranger, avec Europ'Assistance qui venait d'être créée.

Ces efforts ont été couronnés par la création du SAMU de Paris (1972) qui participe activement aux secours d'urgence tous les jours dans Paris et, occasionnellement, partout dans le monde dans les grandes catastrophes (Los Alfaquès, tremblement de terre d'El Asnam, attentats de Paris, d'Orly, tremblement de terre du Mexique etc). Pendant cette période M. CARA a été chargé de différentes fonctions ministérielles (Membre de la Table Ronde auprès du Premier Ministre sur les Accidents de la Route - 1970-71 - Membre du Comité Consultatif des Universités pendant 4 ans, Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux pendant 12 ans, etc.).

→ Déchargé de ses fonctions hospitalo-universitaires, M. CARA a succédé en 1985 au Pr Marcel ARNAUD à la tête de la Commission Médicale du Secours Routier Français qui était tombée en sommeil depuis la mort de ce dernier : M. CARA se consacre depuis à la prévention des accidents de la route et à l'amélioration des secours. Il garde en outre une activité aéronautique officielle comme membre de la Commission Médicale de l'Aviation Civile au Ministère des Transports.

L'hommage au Précurseur des SAMU

Le 18 août approche, date souvenir de la disparition du Professeur Marcel Arnaud, le fondateur du Secourisme routier en France qui sera honoré 3 fois ces prochains jours à l'initiative de l'ASAR, Association qui perpétue le souvenir de cet Homme éminent, l'inventeur de la traumatologie routière.

Le 14 août, M. Didier Burggraeve, président de l'ASAR présent à Marseille, ira se recueillir au cimetière de Mazargues où le 18 août 1987, de nombreuses personnalités en présence de la fille du Professeur Arnaud et du maire de Marseille, le Professeur Vigouroux, lui-même ancien élève en neuro-chirurgie du Professeur Arnaud avaient tenu à rendre hommage à sa

mémoire, 10 ans après sa disparition.

Egalement, après sa demande au maire de Marseille, ce dernier vient de faire savoir à M. Burggraeve que suite à une délibération du Conseil Municipal, une rue au nom du Professeur Arnaud vient de lui être attribuée.

Le 18 août prochain, le président de l'ASAR et le docteur Philippe Lauwick, vice-président, se rendront aux rues ainsi dénommées à Roubaix, Hem et Lys-lez-Lannoy, afin d'y déposer le bouquet du souvenir.

La brochure « 5 gestes qui sauvent », enfin, sort à la veille de cet anniversaire, brochure qui fut agréée par le maître dès sa première édition en 1972.

16 AOUT 1988



ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"

Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse Postale : A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

" Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection ".

A.S.A.R.

Le 31 août 1988

Monsieur le Professeur M. CARA,
6 rue Dulac,
75015 PARIS

Monsieur le Professeur,

Je suis heureux à l'idée de vous revoir bientôt ainsi que nos Amis afin d'honorer si justement et si sincèrement la mémoire, si présente à notre esprit, de celui qui fut pour beaucoup d'entre-nous, le plus grand.

Un carton d'invitation sera diffusé vers le 20 septembre au niveau local et National. Je vous remercie de me confirmer votre présence dès samedi 8 octobre.

Pouvez-vous me remettre, pour ce carton, comme l'ont fait le Professeur SERRE, le Docteur SOUBIRAN et le Médecin-Colonel HERAUT, une phrase en forme de citation de votre part, à la mémoire de Marcel ARNAUD, qui sera imprimé sur le recto du carton d'invitation près de la photo du Professeur ARNAUD, si possible pour le 5 septembre au plus tard (ou par téléphone : 20.82.17.15 ou 20.72.44.21).

Juste avant d'aller me recueillir sur la tombe de notre Maître, je recevais une lettre de la Mairie de Marseille m'annonçant qu'une rue de cette ville venait d'être dénommée "Professeur Marcel ARNAUD". J'ai demandé immédiatement au Professeur VIGOUROUX de prévoir son inauguration officielle avant les prochaines élections municipales.

La Presse locale a déjà à plusieurs reprises annoncé votre venue dans l'agglomération. Je me suis rendu à Leers dans la rue Jules Ferry qui donnera dans l'Allée Professeur Marcel ARNAUD que vous inaugurerez le 9 octobre en présence de nombreux élus. C'est une voie nouvelle qui se trouve juste à côté de celle dédiée à Raoul Follereau "un autre bienfaiteur de l'humanité" nous a dit le Maire de Leers lors de notre Assemblée Générale, comptant Marcel ARNAUD parmi eux.

.../...

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Etudes
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

200 094

.../...

Je ne manque pas de vous remettre un exemplaire de la nouvelle brochure "5 gestes qui sauvent". Je ne désespère pas que la France retienne ce titre et que tous les candidats au permis de conduire apprennent à pratiquer ces gestes essentiels par un stage pratique de 5 heures.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

+ brochure 88

Ph lettre Marine Marseille/Tassy/ 9.8.88 → me pr M-A.

Ph ant NE 30/7 506 : soutien ACNF

< UN 30/7 Pr Cara Ford SAMU Paris en oct à l'exo

11 NE 16/8 S/ Hje au lieu sein de SARU

11 VW 18/8 Hje de l'ASAR au Pr Arnaud



ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"

Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Étranger

Adresse Postale : A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 17 Septembre 1988

Monsieur Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers,
Hôtel de Ville,
59115 LEERS

Monsieur le Maire,

Nous vous adressons sous ce pli une invitation pour les cérémonies des 8 et 9 octobre ainsi que pour vos adjoints et les Conseillers Municipaux.

Le Secours Routier Français, présent à Lys le 8, offrira à l'ASAR du matériel de désincarcération.

La borne d'appel, exposée à Lys une semaine pourra donc être exposée à Leers ensuite si vous en êtes d'accord.

Vous trouverez sous ce pli les n° 15 et 16 de "La Route" (page 8 n° 15 l'hommage à Marseille et page 21 n° 16 la rue inaugurée à Roubaix l'an dernier) ainsi qu'un résumé de présentation du Secours Routier Français dont le Président du Comité Médical est le Professeur Maurice CARA, fondateur du SAMU de PARIS qui inaugurera la rue à Leers.

En l'attente de vous revoir, nous vous prions de croire, Monsieur le Maire, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

A.S.A.R.

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Études
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France



A.S.A.R.
59390 Lys-lez-Lannoy

8 Octobre 1988

Lys-lez-Lannoy

Salle Paul Bert

Avenue Paul Bert

INVITATION

9 Octobre 1988

Leers

*" La grande idée du
Professeur ARNAUD,
est que les accidentés
de la route sont des pro-
jectiles, ce qui implique
un traitement particu-
lier, plus complexe que
celui des autres blessés
qui ne sont que des
cibles "*

Pr. Maurice CARA



Pr. Marcel ARNAUD

M. Didier BURGGRAEVE,
Président

Le Conseil d'Association de l'A.S.A.R.,

M. Maurice CODRON,
Maire de Lys-lez-Lannoy
et le Conseil Municipal

M. Lucien DEMONCHAUX,
Maire de Leers
et le Conseil Municipal

vous prient de leur faire l'honneur de participer
aux manifestations des 8 et 9 Octobre 1988.

Samedi 8 Octobre 1988 - 16 heures

*" Réception officielle de l'A.S.A.R. par M. le Maire
de Lys-lez-Lannoy "*

** Remise de Brevets Nationaux de Secourisme et
mentions Ranimation.*

** Présentation de l'équipe d'urgence d'intervention
de l'A.S.A.R.*

** Remise de Distinctions (Médailles de l'Encoura-
gement au Dévouement).*

** Remise de la Médaille d'Honneur de l'A.S.A.R.
au Docteur André SOUBIRAN, Président de l'Auto-
mobile-Club Médical de France.*

** Remise à l'A.S.A.R. d'une dotation en matériel
par l'A.M.S.I.F. et le Secours Routier Français.*

Dimanche 9 Octobre

*" Inauguration de l'Allée du Pr. Marcel ARNAUD,
Précurseur des S.A.M.U., à Leers, 4^{ème} de France "*

10 h 45 : *Rassemblement dans la rue Jules-Ferry.
Inauguration officielle sous la présidence du Pr.
Maurice CARA, Fondateur du S.A.M.U. de Paris,
Président du Comité Médical du Secours Routier
Français.*

11 h 15 : *Réception et hommage solennel au Pro-
fesseur Marcel ARNAUD, en Mairie de Leers.*

Comme l'année précédente à Roubaix *1, l'hommage à Marcel ARNAUD était intégré dans un week-end dédié au Secourisme.

Le samedi, à Lys lez Lannoy, dans la grande salle près de la mairie, nous avons monté la tente de l'équipe d'urgence et exposé l'essentiel de notre matériel de secours, dans des caisses spécifiques répertoriées *2.

Chaque année, l'ASAR organisait ainsi dans l'une des quatre communes, l'une après l'autre, une cérémonie en l'honneur des nouveaux secouristes et nous leur remettions leur diplôme. C'était l'occasion également de reparler de l'importance du Secourisme, des « 5 gestes », de l'équipe de secours bénévole *3.

Les maires participaient volontiers à ces rendez-vous réguliers.

Même si les subventions locales n'étaient pas importantes, ils aidaient l'ASAR par d'autres voies (prêt gratuit de locaux, tirage de documents), et, par l'intermédiaire de André DILIGENT (alors Vice Président), l'octroi d'une subvention de la Communauté Urbaine de Lille pour l'achat de notre nouvelle tente (l'ancienne, offerte par le Secours Populaire de Lille avait été laissée à Mexico, suite au séisme, pour les orphelins, une association présidée par l'épouse du président de la République, qui nous fera parvenir une lettre de remerciements transmise par le ministre de l'Intérieur, M. JOXE).

Le dimanche 9 octobre 1988, nous nous retrouvions dans la petite rue de Leers qui porterait désormais le nom de « Professeur ARNAUD » *4.

Bernard CARTON, député, Vice Président du Conseil Général du Nord *5 nous avait rejoints. Nous avons obtenu par son intermédiaire une aide importante pour doter l'équipe d'urgence de matériels ou d'équipements pour les secouristes*6.

Ainsi, sur la photo prise devant la plaque de rue portant le nom du précurseur des SAMU, nous le trouvons à côté du Professeur CARA, le maire M. DEMONCHAUX, moi-même et M. Serge ADAM, alors Directeur Général du SRF qui nous avait offert, la veille, à Lys, du matériel de désincarcération.

Ma prise de parole, dans la rue même (texte ci-après) fut très brève. Je me souvenais de mon émotion à Lys lez Lannoy en avril 1985 où je n'avais pas pu aller jusqu'au bout en cédant alors mon porte voix à Louis SERRE ; ainsi qu'à Marseille, le 18 août 1987, quand, quittant la tombe de Marcel ARNAUD je remarquais à proximité un homme qui pleurait.

Il faut le comprendre. Marcel ARNAUD était un homme attachant, il était généreux et, outre sa grande culture (qui étonnait son gendre qui nous l'avait rappelé à Marseille), c'est sa manière d'agir qui emportait l'adhésion et l'admiration donc ce « souvenir inoubliable » dont parla le Professeur CARA à la mairie.

*1 A Roubaix, nous avons inauguré la rue le samedi en début d'après midi puis nous nous étions tous retrouvés à l'hôtel de ville pour une cérémonie avec le Sénateur Maire André DILIGENT, le médecin chef Michel HERAUT et, dans la salle, le Docteur André SOUBIRAN et le médecin capitaine Christian DUBOIS de l'Unité de la sécurité civile de Nogent le Rotrou.

*2 E pour éclairage, Pr pour protection, D pour déblaiement etc.

*3 Dont la première mission à l'étranger fut celle pour le tremblement de terre à Mexico, en septembre 1985.

*4 Comme tout le monde l'appelait – sauf ses proches collaborateurs. Le Professeur JOLIS dit « Monsieur ARNAUD », le Docteur SOUBIRAN disait « Marcel ARNAUD », comme souvent Louis SERRE et son épouse.

*5 Chargé des routes et avec qui, par ailleurs, nous avons pu équiper la voie urbaine rapide appelée « antenne sud » de BAU (Bornes d'appel d'urgence). Comme député, Bernard CARTON fera préparer une proposition de loi pour la formation des candidats aux permis de conduire aux « 5 gestes qui sauvent », mais ne fut pas réélu. C'est le député Patrick DELNATTE qui la déposera en 1997.

*6 Aide renouvelée en 1999 pour le GRIC du CAPSU après le tremblement de terre de Turquie.

Samedi 8 octobre :

1 OCT. 1988

Grande journée pour le Secours Routier

Une borne d'appel d'urgence comme celles que l'on peut voir au bord des autoroutes et routes, en France, sera exposée à la mairie de Lys-lez-Lannoy durant une semaine et coïncidera avec la réception des secouristes par le maire, M. Maurice Codron, le samedi 8 octobre à la salle des fêtes.

Exposée également dans la salle Paul-Bert le samedi après-midi durant la réception de l'ASAR, la borne d'appel sera ensuite placée dans le hall d'accueil de l'hôtel de ville. Des dépliants explicatifs seront à la disposition du public ainsi que la brochure gratuite « 5 gestes qui sauvent ».

Après Lys-lez-Lannoy, la borne d'appel d'urgence sera exposée à Leers, à Hem et Roubaix.

Les secouristes de l'ASAR invitent les enseignants à profiter de cette occasion pour venir quelques minutes découvrir la borne d'appel et la manière, extrêmement simple de s'en servir (puisqu'il suffit d'appuyer sur un bouton).

Lys-lez-Lannoy recevra enfin le 8 octobre deux personnalités du Secours Routier Français : le professeur Maurice Cara, président du Comité médical et M. Serge Adam, son directeur général. Par ailleurs, le président de l'ASAR, M. Didier Burggraeve a eu récemment la satisfaction d'apprendre que le Secours Routier Français doterait à cette occasion l'équipe d'urgence de son association d'un matériel de désincarcération, utile tant pour le Secours Routier et dans d'autres situations de catastrophe.

Ce week-end à Lys et à Leers Hommage au professeur Marcel Arnaud

À Lys-lez-Lannoy ce samedi après-midi la réception des nouveaux secouristes par le maire, M. Codron, sera l'occasion à nouveau de rendre un hommage mérité à l'oeuvre exemplaire du professeur Marcel Arnaud, fondateur de la traumatologie routière et de son corollaire, le secourisme routier. Précurseur des SAMU, le professeur Marcel Arnaud a présidé le Comité médical du Secours routier français durant de nombreuses années, et c'est son successeur, le professeur Maurice Cara qui est cette année l'invité d'honneur des secouristes de l'ASAR.

Le professeur Cara sera accompagné de M. Serge Adam, le directeur-général de cet organisme qui a la responsabilité en France de l'implantation des bornes d'appel d'urgence - et de leur entretien - sur les routes et autoroutes. Ces personnalités ne viendront pas les mains vides puisque un matériel de désincarcération sera offert

à l'équipe d'intervention de l'ASAR.

Au cours de l'après-midi, dans la salle Paul Bert, où seront exposées les caisses de matériel de l'équipe d'urgence, M. Burggraeve aura l'occasion de rappeler l'action du secours routier et la nécessité d'apprendre au public la conduite à tenir en cas d'accident de la route dont le premier geste demeure l'alerte, notamment par les bornes d'appel.

Dimanche matin c'est la ville de Leers avec son maire, M. Demonchaux, et le professeur Cara, qui rendront un hommage à la mémoire du professeur Arnaud, d'abord par l'inauguration, à 11 h, d'une allée au nom du précurseur des SAMU, en présence de nombreuses personnalités, puis par une réception à l'hôtel de ville, à 11 h 15.

Beaucoup de médecins, sapeurs-pompiers, secouristes auront le coeur et l'aspiré à Lys et Leers ce week-end.

Leers

16 OCT. 1988

Leers aussi a sa « rue du Professeur-Arnaud »

Après Roubaix, après Lys, et sur la demande insistante du président de l'Association des secouristes de l'agglomération roubaisienne Didier-Burggraeve, la ville de Leers a elle aussi baptisé l'une de ses rues du nom du professeur Marcel Arnaud, précurseur du secourisme routier.

La nouvelle plaque (la rue Marcel-Arnaud est située dans le nouveau lotissement du Grimont) a été dévoilée il y a quelques jours en présence du maire M. Lucien Demonchaux, du député et vice-président du conseil général Bernard Carton, et bien entendu des responsables de l'ASAR.

Une petite cérémonie a eu lieu en mairie quelques instants

après. Le professeur Cara, fondateur du SAMU de Paris et président du Comité médical du Secours routier français, a fait l'hommage du professeur Arnaud, après avoir donné lecture d'une lettre du professeur André Soubiran :

« Formé à la dure école des médecins de la guerre 1914-18, Marcel Arnaud a su galvaniser les jeunes. M. Burggraeve en a gardé un souvenir inoubliable. C'était un homme de bien, qui à son retour d'Indochine a repris la direction du service de neurochirurgie de Marseille. C'était un pédagogue extraordinaire, et il fut le premier à comprendre que les blessés de la



route n'étaient pas des blessés comme les autres... »; devait déclarer le professeur.

Le professeur se trouve désormais en bonne place dans le

répertoire de la voirie de Leers : la rue qui porte son nom est en effet située, comme l'a rappelé le maire, à quelques pas du square Raoul-Follereau...

INAUGURATION DE L'ALLEE PROFESSEUR MARCEL ARNAUD
LEERS - DIMANCHE 9 OCTOBRE 1988

INTERVENTION DANS LA RUE PAR LE PRESIDENT DE
L'ASAR.

M. LE MAIRE, M. LE PROFESSEUR,

NOUS RESENTONS TOUJOURS UNE INTENSE EMOTION, EN
NOUS, EN CET INSTANT SOLENNEL QUI VA PERMETTRE DE
DONNER LE NOM D'UN GRAND HOMME A UNE VOIE D'UNE
COMMUNE.

NOUS DEVONS SAVOIR EN EFFET NOUS SOUVENIR ET
HONORER CEUX QUI, PAR LEUR EXEMPLE EXCEPTIONNEL
ET LEUR OEUVRE ONT APPORTE BEAUCOUP A NOTRE PAYS
ET DISONS-LE A L'HUMANITE.

CEUX DONT NOUS MESURONS MIEUX LE ROLE EMINENT QUAND
ILS ONT DISPARU ET SANS QUI IL EN MANQUERAIT DES
REALISATIONS QUI N'EXISTERAIENT PEUT ETRE JAMAIS OU
BIEN PLUS TARD.

A COTE DE RAOUL FOLLEREAU - AUTRE BIENFAITEUR DE
L'HUMANITE POUR REPRENDRE VOTRE PROPRE EXPRESSION
M. LE MAIRE - VOICI MARCEL ARNAUD, PRECURSEUR DES
SAMU, FONDATEUR DE LA TRAUMATOLOGIE ROUTIERE ET
DU SECOURISME ROUTIER, MORT AU CHAMP D'HONNEUR DU SECOU
RISME ~~EN~~ LE 18 AOUT 1977 APRES TOUTE UNE VIE CONSA-
CREE A SAUVER DES VIES HUMAINES.

QUE SON SOUVENIR RESTE INTACT DANS NOS MEMOIRES
POUR LONGTEMPS ENCORE.



A l'hôtel de ville, le conseil municipal était au complet autour du maire. Le Docteur SOUBIRAN, Président de l'A.C.M.F. n'avait pas pu se rendre libre. Il nous avait envoyé un message.

Dans mon allocution, je voulais mettre en exergue les qualités du Professeur Marcel ARNAUD qui, en plus de l'excellence qu'il avait atteint en neurochirurgie, son œuvre vis-à-vis de la mort inacceptable et pourtant acceptée des « blessés » de la route – que l'on pouvait épargner, son honnêteté, son désintéressement.

Car combien d'hommes – dans tous les domaines – mais également en médecine, s'ils sont compétents ou reconnus comme tels, vont au-delà de leur métier, pour agir, pour une notre cause, sans en rechercher quoi que ce soit en retour ?

Oui, ce n'était pas facile pour lui d'avoir été « en avance sur le temps, sur les gens, sur la conscience publique ».

On peut pardonner « aux gens », le « public », de ne pas savoir... même s'il devrait connaître « au moins les gestes qui sauvent » comme le disait Marcel ARNAUD. Mais pour les pouvoirs publics c'est moins excusable, à cause de jalousies récurrentes à tous les niveaux, les préséances, mais aussi, à force de travailler « au jour le jour », n'être plus capable d'entreprendre, pour aller de l'avant. Ce système nous condamne à être toujours en retard.

Je n'ai pas pu obtenir du Professeur CARA son allocution prononcée à la mairie. J'en garde le souvenir dans ma mémoire. Le compte rendu de presse relate l'essentiel, que nous attendions de lui, autre précurseur du transport des malades atteints de poliomyélite, mais aussi associé à l'œuvre de Marcel ARNAUD, par le SAMU de Paris et son intérêt pour les secours aux accidentés de la route, successeur du Professeur ARNAUD comme Président de la Commission médicale du Secours Routier Français (SRF)*1:

« C'était un homme exceptionnel....

Il avait consacré les vingt dernières années de sa vie au secourisme...

C'était un homme de bien... un pédagogue extraordinaire... ».

Un bel hommage qui vibre encore en nous près de vingt ans plus tard.

J'avais parlé de M. André HERRSCHER. Personne ne le connaissait dans l'assistance. Membre de l'UNPC (Union Nationale de Protection Civile), je l'avais connu à Paris au cours des conférences et réunions de travail ou assemblées générales. C'était un ami de Paul REYNAËRT*2.

Je le tenais informé de mes actions. Ce qu'il m'écrivit sur une carte à l'en tête de son association me toucha profondément :

« Comme vous avez raison d'honorer nos grands disparus, car au fond les morts ne sont vraiment morts que lorsque nous ne les aimons plus ».

Et comment ne pas être reconnaissant à cet aîné, compagnon de route de Jean LAURENT-PERUSSEL et de Paul REYNAËRT quand il écrit :

« rendre hommage au grand monsieur qui portait le nom de Marcel ARNAUD ».

*1 SRF qui hélas disparaîtra au tout début des années 90 (voir 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent »).

*2 Paul REYNAËRT, Secrétaire Général de l'UNPC quand je fis sa connaissance en décembre 1968 à l'Etat-major de la BSPP. C'est le Général CASSO, Commandant la Brigade qui demanda au Président Fondateur de l'UNPC, Jean LAURENT-PERUSSEL, de me faire participer aux travaux de l'UNPC.

INTERVENTION DU PRESIDENT DE L'ASAR :

M. LE MAIRE, M. LE PROFESSEUR, M M

C'EST A CHAQUE FOIS UN GRAND JOUR POUR NOUS QUAND NOUS HONORONS NOTRE MAITRE.

SON SOUVENIR SE RAVIVE A NOTRE ESPRIT ET A NOTRE COEUR CAR, OUTRE SON OEUVRE, SA BELLE OEUVRE, SON NOBLE COMBAT, IL ETAIT BON, IL ETAIT HONNETE, DESINTERESSE.

PEUT-ETRE CES TRAITS DE CARACTERE EXPLIQUENT-ILS CELA ?

SON BEAU-FILS ME DISAIT A MARSEILLE : "IL SAVAIT PARLER DE TOUT. TOUT L'INTERESSAIT."

SI IL EXCELLAIT DANS SON ART, IL SAVAIT AUSSI ETRE UN INTERLOCUTEUR PERCUTANT SUR DE NOMBREUX SUJETS.

SIMPLE, IL L'ETAIT MALGRE SA CULTURE QUI ETAIT GRANDE ET SON INTELLIGENCE.

PRECURSEUR EST LE MOT QU'IL ACCEPTERAIT VOLONTIERS QU'ON LUI DONNAT A DEFAUT DE TOUT AUTRE TITRE HONORIFIQUE QUI NE L'INTERESSAIT NULLEMENT.

.../...

SON ASSISTANT A MARSEILLE EN NEURO-CHIRURGIE, LE PROFESSEUR VIGOUROUX, AUJOURD'HUI MAIRE DE MARSEILLE NOUS A RAPPELE LE 18 AOUT 1987 : QUAND L'HEURE DE LA RETRAITE SONNA POUR LUI, IL REUNIT LE SERVICE ET AUTOUR D'UN VERRE FIT SES ADIEUX, SIMPLEMENT -

TOUT EN SACHANT CEPENDANT QUE POUR LUI L'HEURE D'UN NOUVEAU COMBAT ETAIT ARRIVE.

ET MARCEL ARNAUD DEVINT LE HENRY DUNANT DE LA ROUTE. AUSSI L'HOMMAGE QUE NOUS LUI RENDONS AUJOURD'HUI A LEERS EST-IL TOTALEMENT JUSTIFIE.

QUAND IL ENSEIGNAIT, IL ETAIT PLUS QU'UN ENSEIGNANT, IL VIVAIT ET IL FAISAIT VIVRE SON SECOURISME ROUTIER, QU'IL CREA DE TOUTES PIECES.

CE N'EST PAS FACILE D'ETRE EN AVANCE SUR LE TEMPS, SUR LES GENS, SUR LA CONSCIENCE PUBLIQUE.

QUE DE VIES SAUVEES SI ON AVAIT ECOUTE ET AIDE MARCEL ARNAUD DES LES ANNEES 60 ?

MEME AUJOURD'HUI SON MESSAGE N'EST PAS ENCORE COMPLETEMENT PERCU ET COMPRIS ET NOUS AVONS BESOIN D'HOMMES EMINENTS COMME LES PROFESSEURS BOURRET, CARA, SERRE, JOLIS, POUR SECOUER UN PETIT PEU PLUS LES POUVOIRS PUBLICS QUI METTENT TROP DE TEMPS A DECIDER.

NOUS SOMMES LES MODESTES HERITIERS DU PROFESSEUR MARCEL ARNAUD, CELUI QUI FUT ET DEMEURE LE PLUS GRAND, IL NOUS RESTE ENCORE BEAUCOUP A APPRENDRE ET A DECOUVRIR DE LUI.

QUANT A NOUS, NOUS AVONS FAIT NOTRE DEVOIR DANS NOTRE AGGLOMERATION. PERPETUER LA MEMOIRE DE NOTRE MAITRE

LA OU NOUS PRATIQUONS LE SECOURISME EN NOUS INSPIRANT DE SON EXEMPLE ET AVEC LA PERTINENCE QUI ETAIT LA SIENNE.

MERCI A LYS LEZ LANNOY, A HEM, A ROUBAIX.

MERCI AUJOURD'HUI A LEERS, A SON MAIRE ET SES ELUS.

Une rue perpétuera le souvenir du professeur Arnaud précurseur du secourisme routier

Marcel Arnaud, le précurseur de SAMU a, depuis dimanche matin, une artère à son nom dans la cité du Moulin.

Située à deux pas du Pont du Grimonpont dans un nouveau et magnifique lotissement, cette allée a été inaugurée officiellement par MM. Demonchaux, maire, Carton, député et vice-président du conseil général, ainsi que par le professeur Maurice Cara, fondateur du SAMU de Paris et président du comité médical du Secours routier français.

Cette cérémonie s'est déroulée en présence de tous les adjoints et conseillers municipaux leersois, de M. Didier Burggraeve, président de l'A.S.A.R. qui était accompagné de nombreux membres de cette association et devant quelques-uns des riverains.

Après que les personnalités n'eurent coupé le ruban traditionnel et dévoilé la nouvelle plaque, tout le monde se rendit à la mairie.

Là, M. Didier Burggraeve remercia toutes les personnalités présentes. Puis il retraça quelques scènes pénibles vécues par le professeur Marcel Arnaud, mort au champ d'honneur des secouristes, le 18 août 1977 comme celles survenues à un jeune cyclotouriste lors d'un accident à Aix-en-Provence.

Il cita une phrase du président Helcher : « Comme vous avez raison d'honorer nos grands disparus car, au fond, les morts ne sont vraiment morts que lorsque nous ne les aimons plus ».

Puis le président de l'A.S.A.R. conclut par ces



On dévoile la plaque

mots : « Nous sommes les modestes héritiers du professeur Arnaud et nous sommes fiers, aujourd'hui, d'avoir perpétué sa mémoire en inaugurant cette rue ».

Après la lecture d'une lettre du Dr Soubiran, président de l'automobile-Club Médical de France, le professeur Cara, à son tour déclara :

« Il m'appartient de parler de Marcel Arnaud. C'était un homme exceptionnel qui a eu

une mort, elle aussi, exceptionnelle, car si Molière est mort sur scène, Marcel Arnaud est mort en faisant un cours de secourisme. Il avait 79 ans et il avait consacré les vingt dernières années de sa vie au secourisme. Il a donné une impulsion nationale et internationale pour les soins aux blessés de la route et au secours routier.

Un homme de bien

M. Cara poursuivit : « Formé

à la dure école des médecins de la guerre 14-18, il a su galvaniser les jeunes. M. Burggraeve en a gardé un souvenir inoubliable. C'était un homme de bien qui à son retour d'Indochine, reprit la direction du service de neuro-chirurgie de l'hôpital de Marseille. C'était un pédagogue extraordinaire et il fut le premier à comprendre que les blessés de la route n'étaient pas des blessés comme les autres ».

C'est M. Demonchaux qui conclut cette réception en rappelant qu'il avait proposé au conseil municipal du 3 mars dernier de donner à une voie de la commune le nom du professeur Arnaud.

« Si cette décision a été prise avec un peu de retard c'est qu'il nous a fallu attendre une opportunité. Le choix de cette desserte d'un nouveau lotissement a paru judicieux du fait du voisinage immédiat du square Raoul Follereau, un autre grand bienfaiteur de l'humanité ».

Le maire remercia les membres de l'A.S.A.R. pour l'aide efficace et bénévole apportée par l'antenne de secours lors des manifestations locales.

M. Demonchaux termina par ces mots : « Je vous félicite et vous remercie, vous Mesdames et Messieurs les secouristes pour votre action humanitaire et cette nombreuse assistance, ce matin, prouve, M. le professeur, M. le directeur, la qualité de votre action ».



Lors de l'exposé du professeur Cara en mairie

(Ph. V.D.N.)

PHOTOS :



A gauche, le Professeur CARA et le maire. On reconnaît derrière moi Raymonde FRANCOIS, toujours présente pour nous encourager, elle-même engagée dans l'action humanitaire jusqu'à sa mort en 2004.



Le Professeur CARA prend la parole. Il aura des mots sincères et pleins de reconnaissance pour son confrère.



LE PRÉSIDENT
DE L'UNION FRATERNELLE DES VOSGIENS DE PARIS

*Cher Président et Ami,
Comme vous avez raison
d'honorer vos grands disparus,
car au fond les morts ne sont
vraiment morts que lorsque
nous ^{ne} les aimons plus. ?
Hélas, les 8 et 9
Octobre je ne suis*

ANDRÉ HERRSCHER
37, AVENUE ANATOLE-FRANCE
94600 CHOISY-LE-ROI TÉL. 49.92.49.20

*pas suffisamment libre pour
être à vos côtés de manière
à rendre hommage au
grand monsieur qui portait
le nom de Charles Armand.
Veuillez m'en excuser tout
en acceptant l'expression de
mon dévouement et fidèle souvenir
Pas de nouvelles de l'ami commun
Paul Reynaert. La semaine dernière
re nous a été conduit au cime-
tière l'ami Cheprestre : camarade inter-
tin, âge 82 ans! *Ch. Herrscher* 2/10/88*

Comme les années précédentes, de nombreux témoignages nous étaient parvenus par courrier. J'en extrais la lettre d'un enseignant du secourisme, impliqué dans la première ADPC (Association départementale de Protection Civile), celle des « Côtes du Nord », d' « Armor » aujourd'hui, à Saint Briec, avec Léon ROBINE, son créateur, ce qui donna, par le regroupement de ces associations départementales, la FNPC.

François MORENO avait enseigné le secourisme routier de Marcel ARNAUD et il était fier, dans sa lettre du 5 octobre 1988 de me le rappeler.

Et, parmi les « services officiels » la lettre du nouveau directeur du CIRCOSC*1 de Gardanne, lieu également de l'école départementale où enseigna le Professeur ARNAUD :

« l'œuvre du Professeur ARNAUD qui a tant fait pour le Secours Routier et qui reste l'exemple à suivre ».

Désolé de ne pouvoir être à nouveau parmi nous à Leers, le Docteur André SOUBIRAN me fit parvenir une lettre le 14 septembre 1988 pour s'en excuser.

Certes, nous regrettions cette absence (il nous avait fait parvenir un texte à lire lors de la réception des personnalités en mairie), mais, venant de lui, il n'avait pas à rappeler son « attachement à Marcel ARNAUD ».

Ce fut pour lui constant, non seulement dans la revue de l'ACMF, mais chaque fois que l'occasion lui était donnée*2.

L'ASAR, après l'unité de la sécurité civile de Nogent le Rotrou, en 1986 ; mon ami Paul REYNAËRT (et donc celui de tous les secouristes de l'ASAR) en 1987, avait attribué sa « médaille d'honneur » au Docteur André SOUBIRAN.

Dès qu'il avait eu connaissance de l'hommage de l'ASAR au Professeur ARNAUD (par la revue du SRF) à Lys lez Lannoy, le 28 avril 1985, il avait pris contact avec nous, immédiatement (voir tome I).

Il rendait d'élogieux (et justifiés) hommages à Marcel ARNAUD dans la revue de l'ACMF. Il participa à la promotion des « 5 gestes qui sauvent », notamment en mai 1987 avec une conférence organisée dans les salons de l'Automobile club de France, Place de la Concorde (voir plus loin le compte rendu paru dans la revue de l'ACMF). Et par le financement de plusieurs éditions de la brochure gratuite – en ayant soin de faire porter en 4^{ème} de couverture, à côté du logo de l'ACMF, le nom du Professeur ARNAUD.

L'ACMF a joué (avec le SRF) un rôle historique essentiel en aidant Marcel ARNAUD à réaliser son œuvre, pour la médicalisation des secours aux blessés de la route et la diffusion du secourisme routier.

J'ai été heureux de pouvoir le rappeler, devant lui, à Marseille, le 17 août 1997 (tous les détails dans le tome V).

*1 CIRCOSC : Centre interrégional de coordination des opérations de sécurité civile. J'avais été reçu en août 1987 – quelques jours avant l'hommage national à Marseille – par le Colonel EGLOFF au CIRCOSC de Valabre, alors le seul en France. Visite des locaux opérationnels, organisation du centre, un déjeuner sympathique, de nombreux souvenirs évoqués concernant le Professeur ARNAUD.

*2 Notamment au MEDEC 1992 lorsqu'il prit la parole pour rappeler certaines vérités au Professeur HUGUENARD, conférencier, qui, après avoir monopolisé la parole pour parler durant des minutes interminables des évacuations en hélicoptère, eut le propos de trop en évoquant, à propos du Professeur ARNAUD « des hommages répétitifs » (sera évoqué en détail dans le tome V).

M. FRANÇOIS MORENO
8, rue Léo Lagrange
ST-BRIEUC - Tél. 94.12.90

Saint Brieuc le 5.10.88

Cher Ami

10 OCT. 1988

J suis très heureux de t'en
inviter pour le 9 octobre à
l'Inauguration de l'Allée de R. Anquetin
que j'ai très bien connue depuis son
début dans le secondaire Rontier.
Je te considère comme le plus grand
pionnier de la construction, et m'inspirerai
très jusqu'à la fin des cours de
Rontier puis dans la région j'étais
un de ses instructeurs surtout les
derniers temps où il était fatigué.

Il me demandait la représentativité
de l'Instructeur pour sa surveillance
évidemment. Aussi j'ai été désolé
de ne pouvoir assister, cause de
santé j'ai pu me déplacer et
ce moment. J'espère de tout
cœur un grand succès à la fin
de rassemblement. Bien évidemment

P.S. Je m'excuse d'un retard
à répondre.


MORENO François

Valabre, le 26 Septembre 1988

CIRCOSC-VALABRE
13120 GARDANNE
☎ (16-42) 58.34.71

N° 2139 CIRCOSC/DIR

Monsieur le Président,

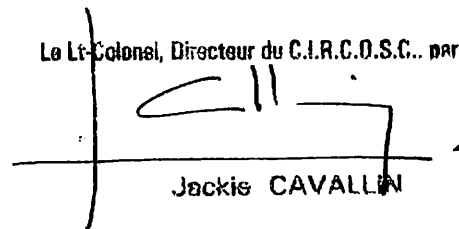
J'ai été très sensible à votre invitation aux différentes cérémonies organisées autour de l'hommage rendu au Professeur Marcel ARNAUD, en Mairie de LEERS.

Retenu en Provence par les contraintes opérationnelles, je ne pourrai être présent parmi vous.

Je souhaite vivement que ces deux journées marquent par leur solennité, l'oeuvre du Professeur ARNAUD qui a tant fait pour le Secours Routier et qui reste l'exemple à suivre.

Monsieur le Président, en vous remerciant encore, je vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Lt-Colonel, Directeur du C.I.R.C.O.S.C. par Intérim



Jackie CAVALLIN

Monsieur Didier BURGGRAEVE
Président de l'A.S.A.R.

59390 - LYS-LEZ-LANNOY

DOCTEUR ANDRÉ SOUBIRAN

76, RUE LAURISTON, 76

75116 PARIS

TÉL. 47.27.87.77

il ai travaillé
tout le temps.

mes
mes-pamier
mains-mais
éventuels. je
devrais alors.
Philippe et refuse
tous les
Annie: d'ici
c'est pas lui, mais
et autres

1988
Amis

Mon cher Président et Ami

P.S. Depuis le 1er Juin, je n'ai pas pu être Paris un seul jour

Je vais sans doute vos contrarier, mais
comme je l'ai déjà laissé entendre à
Philippe LHWICK, il me sera impossible,
pour raison de santé, d'être à Paris
et à Rouen les 8 et 9 octobre

Philippe Larvick m'a dit que ma
Médaille A.S.H.R. ^{est} ~~était~~ sur le programme
parce que je n'y avais pas pensé.

Mais je veux toujours vous envoyer
une lettre d'excuse pour vos et
d'attachement à Marcel ARNAUD.
un article est sous presse pour le Revue
Automobile Médicale et il a pour
titre: MERCI, M. M. LES MAIRES! (par
un prochain courrier je vous enverrai le

éprouves de cet article)

Vous voyez que si le cœur physique est mal en point, le cœur affectif tîme encore.

De toute façon, la nouvelle édition de "5 lettres" est la preuve matérielle de l'amitié de l'ACMF pour l'ASAR et son Président et de sa fidélité à la mémoire de Marcel ARNOLD.

Ne me en venillez pas ! Ce n'est pas une dérobade, mais vraiment une impossibilité physique qui, à 78 ans, paraîtra tout à fait normale.

De toute façon, le Professeur CARA sera là et, si vous le désirez, je ferai très bien lui téléphoner ou lui écrire - nous sommes en excellentes termes.

Dites à Philippe LAVVICK que j'ai bien reçu le n° spécial de la revue de l'ASAR.

Mille amitiés, mille regrets et même mille hontes pour ma carence. De biso à Catherine

110 Bien fidèlement AS.

Cet hommage au Précurseur des SAMU fut évoqué dans plusieurs revues spécialisées. Celle du SRF (ci-après), ce qui était la moindre des choses du fait des liens historiques entre cet organisme et le Professeur ARNAUD.

M. Serge ADAM s'était déplacé également pour nous remettre le matériel de désincarcération « Gallégo » et la photo le montre à côté de la BAU que nous avons exposée dans la salle des fêtes pour la cérémonie.

La revue « Face au risque » du CNPP également, avec une photo du Professeur CARA et le maire de Leers, M. DEMONCHAUX.

Le Professeur Maurice CARA avait donc repris le flambeau du Professeur ARNAUD en présidant la Commission médicale du SRF. A ce titre, il eut l'occasion de revenir à plusieurs reprises à Lys lez Lannoy, dans le cadre de la journée annuelle de la Protection Civile*.

Bien évidemment, il fut destinataire du tome I dédié au Professeur Paul BOURRET que je lui avais fait parvenir par une lettre du 27 septembre 1997 (ci-après).

Je saisisais l'occasion pour lui reparler des « 5 gestes qui sauvent », de la proposition de loi – redéposée du fait de la dissolution de l'Assemblée Nationale.

Le cinquième rue – dans notre agglomération (car après les quatre premières : Lys, Hem, Roubaix, Leers, il y avait eu Marseille puis Salon de Provence, en 1992, tout proche du centre de secours des sapeurs pompiers), était prévue à Wasquehal.

J'avais engagé les démarches nécessaires. Cette ville n'avait pas été choisie au hasard. Elle avait accueilli ma première association de secouristes, en 1969 et c'est à Wasquehal que, pour la première fois, de retour du stage de Châtel Guyon en avril 1970, j'avais enseigné – ou plus exactement relayé – la doctrine de secourisme routier de Marcel ARNAUD.

Le 26 février 1999, j'adressais au Professeur CARA le tome II dédié au Médecin Colonel Pierre DUFRAISSE, des sapeurs pompiers du Vaucluse, puis, en 2003, le tome III.

Un article paru dans « Le Figaro », le 1^{er} juillet 1999, ne m'avait pas échappé. Il présentait le Professeur CARA, en action.... En 1956.

Dans ma mémoire de jeune adolescent passionné par le secourisme, j'avais retenu cette action médicale qui avait été entreprise pour le transfert de malades en détresse respiratoire, et notamment ceux atteints de poliomyélite.

C'est le secourisme, dès qu'il m'a happé, qui fera que je m'intéressais aussi à tout ce qui tournait autour des secours d'urgence, afin, comme pour les médecins, sauver des vies.

* Voir bibliographie relative à la mairie de Lys lez Lannoy et les actions engagées en matière de sécurité routière et de Protection Civile.

Un nouvel hommage au Professeur Marcel Arnaud

Les 8 et 9 octobre 1988, l'A.S.A.R. (Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix) a rendu un nouvel hommage au Professeur Marcel ARNAUD, précurseur des S.A.M.U.

Tout d'abord, le samedi 8 octobre, en Mairie de Lys-lez-Lannoy, après réception officielle par M. Maurice CODRON, Maire de cette ville, et remise des diplômes de secourisme acquis récemment, il y eut présentation de l'équipe « URGENCE-INTERVENTION » de l'A.S.A.R.

Puis, 3 médailles de l'Encouragement au Dévouement furent remises à 3 membres de cette Association et l'Association des Secouristes de l'Île-de-France a procédé à la remise d'un matériel (TIRFOR) permettant aux secouristes de bouger les véhicules accidentés.

Enfin, notre Directeur Général a remis à M. Didier BURGGRAEVE, Président de l'A.S.A.R., un matériel « GALLEGO » permettant la désincarcération des blessés, accidentés de la route.

Le Professeur Maurice CARA, Président de la Commission Médicale, présent à cette cérémonie, a inauguré le Dimanche 9 octobre, l'allée du Professeur Marcel ARNAUD, dans la Commune de Leers, en présence de M. Bernard CARTON, Député du Nord, et de M. Lucien DEMONCHAUX, Maire de Leers.

Après avoir dévoilé la plaque de la rue de l'honneur du Professeur ARNAUD, le Professeur CARA a rappelé l'action de ce chirurgien de Marseille qui a consacré les vingt dernières années de sa vie au « Secourisme Routier » en général.

Il a eu le grand mérite de mettre en valeur la différence entre les blessés, accidentés de la route (qui sont des projectiles dans le véhicule) et les autres malades, qui, même blessés, sont des victimes ayant reçu un projectile.

En 1957, 2/3 des blessés graves mouraient « avant l'arrivée à l'hôpital ».

Le Professeur ARNAUD a étudié le problème de l'ALERTE, a préconisé les bornes d'appel du Secours Routier Français et a tout fait pour développer les « Gestes Élémentaires de Survie ».

Il est mort au champ d'honneur du SECOURISME, au cours d'une session de « SECOURISME ROUTIER ».



M. le Maire de Leers a fait remarquer que cette voie (l'Allée Professeur-Marcel-Arnaud) est voisine du Square Raoul-Folle-reau qui s'est tant dévoué au service des lépreux.

Ainsi, après l'inauguration de la première rue en avril 1985 à Lys-lez-Lannoy, la deuxième à Hem, la troisième à Roubaix, ce quatrième hommage au Professeur Marcel ARNAUD est dû à l'action de Didier BURGGRAEVE, Président de l'A.S.A.R., qui garde une vive reconnaissance pour ce Maître qui nous a tant appris.

M. BURGGRAEVE a annoncé que la ville de Marseille, dont le Professeur VIGOUROUX (élève et successeur du Professeur ARNAUD) est Maire, a accepté de donner ce nom à l'une de ses rues.

Un nouvel hommage en perspective et ce n'est que justice. ■



Le secourisme routier

Conférence de presse du 26 avril 1988 du SRF

Le Secours Routier Français poursuit sa formation de la mention « Secourisme Routier » et une session a eu lieu au printemps 1988. Les résultats suivants ont été obtenus : 17 reçus sur 20 présentés.

Les candidats venaient de toute la région parisienne. Les cours du soir avaient lieu au Secours Routier Français et les exercices pratiques à la caserne Duplex grâce à l'aimable autorisation des autorités militaires et aux prêts

de véhicules par la Préfecture de Police.

Nous avons été informés qu'une secouriste formée à cette session en 1987 par le Secours Routier Français se trouvait dans le train accidenté à la gare de Lyon ré-

Rue Professeur-Arnaud

Après Roubaix et Lys, c'est au tour de la ville de Leers de baptiser l'une de ses rues du nom du professeur Marcel Arnaud, fondateur du secourisme routier et précurseur des SAMU. Située dans le nouveau lotissement de Gri-

monpont, cette allée a été inaugurée en présence du maire, du député, du président et des responsables de l'association des secouristes de l'agglomération de Roubaix, Didier Burggraeve.

A.S.A.R., 59530 Lys-lez-Lannoy.

Les responsables de l'A.S.A.R. ont participé à l'inauguration de la rue Professeur-Arnaud.



LEERS : 4ème rue de France, en attendant MARSEILLE
la 5ème, comme les "5 GESTES"

C.A.P.S.U.

**Conseil d'Action pour la Prévention des
Accidents et les Secours d'Urgence**

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 27 septembre 1997

Monsieur le Professeur Maurice CARA,
6 rue Dulac,
75015 PARIS

Monsieur le Professeur,

Comme vous l'aviez souhaité, par la note que vous avez bien voulu nous retourner, je vous prie de trouver sous le pli le tome I des dossiers-Hommage au Professeur Marcel ARNAUD.

Lors de notre Hommage à Marseille le 17 août, j'ai bien évidemment excusé votre absence.

Vous trouverez ci-inclus copies des articles parus dans "La Provence", "La Marseillaise" et dans le journal "La Voix du Nord".

Pour faire suite à ce que je vous avais dit lors de précédents courriers, une nouvelle proposition de Loi pour l'apprentissage des 5 GESTES QUI SAUVENT a été redéposée. Le CAPSU vient d'écrire à tous les députés pour leur demander de la co-signer.

Je prépare actuellement le dossier sur les "30 ans" des 5 GESTES QUI SAUVENT.

Le tome II sur Marcel ARNAUD sortirait au cours du premier semestre 1998 lors de l'inauguration de la 5ème rue prévue dans notre agglomération.

Je vous remercie de me faire connaître vos observations sur ces deux documents (29 ans et tome I) et de me dire si vous pouvez m'aider à récupérer des écrits sur l'oeuvre de Marcel ARNAUD ou d'échanges avec ses confrères.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Didier BURGGRÆVE

Association de bénévoles pour une action nationale de prévention

- déclarée en Préfecture du Nord -

C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

C.A.P.S.U.

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

Le 26 février 1999

Monsieur le Professeur Maurice CARA,
6 rue Dulac,
75015 PARIS

Monsieur le Professeur,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir sous ce pli le tome II écrit à la mémoire du Professeur Marcel ARNAUD, intitulé "La Providence des blessés de la route" et dédié au Médecin-Colonel des Sapeurs-Pompiers Pierre DUFRAISSE, fidèle collaborateur et Ami de Marcel ARNAUD.

Ce document fait suite au tome I que je vous avais fait parvenir par un envoi du 27 septembre 1997.

Je vous remercie de me faire connaître toute observation de votre part (ou de votre épouse) sur ce dossier-hommage afin d'en tenir compte pour les autres tomes à venir.

Le tome III poursuivra la description de l'oeuvre de Marcel ARNAUD envers la traumatologie routière et le Secourisme routier avec l'hommage de Marseille le 18.8.1987 et l'inauguration de la 3ème rue, à Roubaix, par le Médecin-Colonel HERAUT. Il sera dédié à M. Robert DEJOUR que vous avez connu. L'inauguration de la 4ème rue, à Leers, sous votre présidence, sera évoquée dans le tome IV.

Je vous remercie de me rendre destinataire de copies de documents ou de photos en rapport avec l'oeuvre de Marcel ARNAUD, de l'action du Secours Routier Français - dont il sera question dans le tome III - et de M. René COIRIER, que je n'ai pas oublié, et dont il sera également question dans les prochains volumes.

En vous espérant en bonne forme ainsi que votre épouse, je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en ma haute considération et à mes sentiments les meilleurs.

Didier BURGGRAEVE

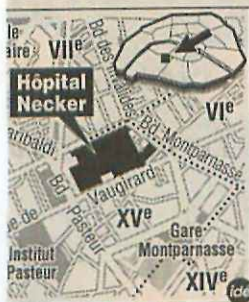
Association de bénévoles pour une action nationale de prévention

- déclarée en Préfecture du Nord

C.A.P.S.U. : 59390 LYS LEZ LANNOY

⑨ Aux bons soins des petits patients

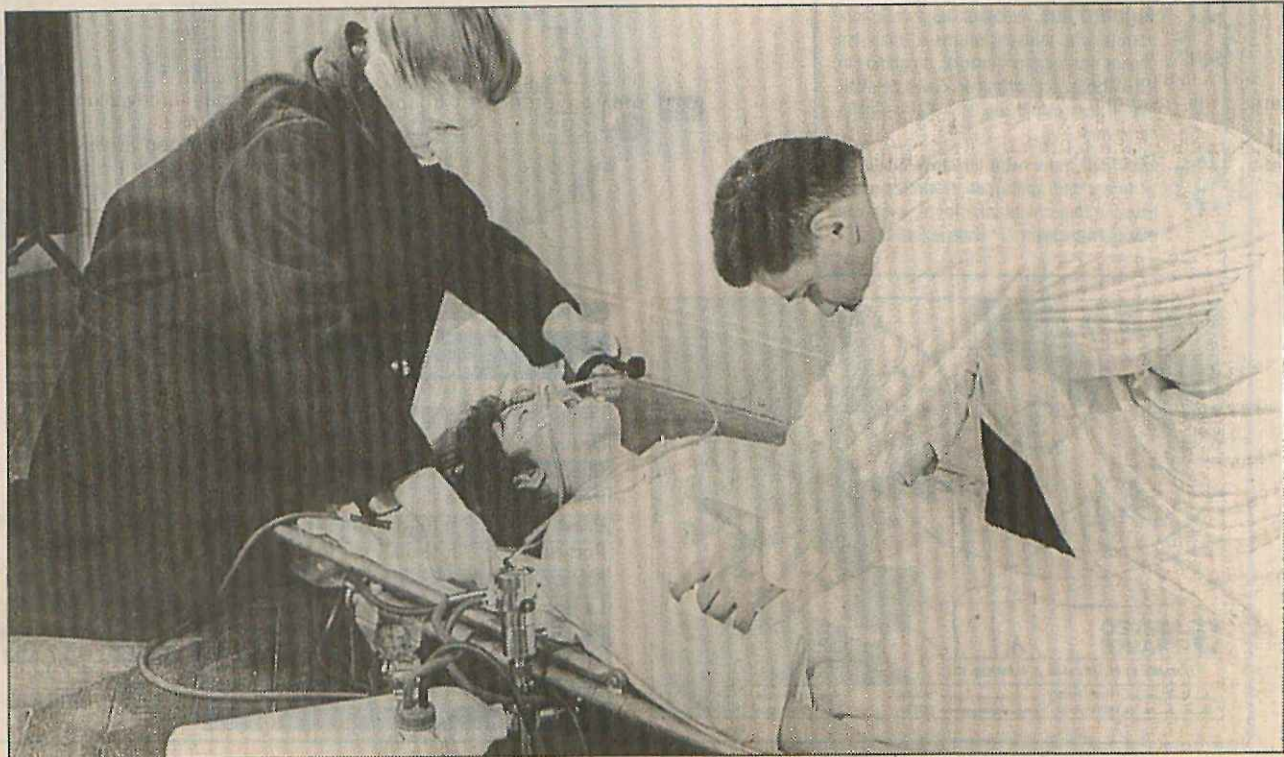
Bien avant leur réunion en 1921, les hôpitaux Necker et Enfants malades avaient acquis une forte compétence dans tous les domaines de la pédiatrie.



Necker-Enfants malades, hôpitaux contigus réunis en 1921, de petits moyens parfois suffi pour faire de grandes découvertes. En 1816, Théophile Laennec a inventé le stéthoscope. Trentante d'années plus tard, le chef de service Jean Cimet met au point les premières lithotrities (broyage des calculs) des instruments simples. La lithotritie devient, et restera ici, la discipline phare. Enfin, au début de notre siècle, Pierre Carlard Potain conçoit un appareil qui permet de mesurer la pression artérielle et Antonin Désormeaux le premier copolymère.

Améliorant les soins apportés aux enfants, là où en 1724 le Languet de Gercy avait créé un des premiers hôpitaux du monde pour jeunes indigènes et un pensionnat pour nobles sans fortune, on est déjà loin de l'époque où de simples tourniquets installés sur les portes des asiles permettaient de recueillir anonymement des bébés. La tradition pédiatrique est riche dès l'aube du siècle : sujets contagieux, maladies aiguës et chroniques distinguées, hygiène stricte dans et autour des petits lits (456 aujourd'hui). Jean-Louis Baudelocque et Pierre Royer, les cliniciens qui se succèdent, tant en médecine qu'en pédiatrie chirurgicale, avec notamment Robert Debré, fondateur de l'hôpital moderne.

En 1952, un adolescent succède à la suite d'un traumatisme, à la suite d'un rein qui s'avère malade. Sa mère propose de greffer un des siens. L'équipe dirigée par le Dr Hamburger décide de tenter la transplanta-



En 1956, le professeur Cara crée à Necker le premier service mobile d'urgence en région parisienne pour transporter des malades sous ventilation artificielle. (Photo AP-HP/Photothèque.)

veau médicament – la ciclosporine – aide énormément à éviter les réactions de rejet. Trente ans plus tard, la technique est fiable. Plus de 2 500 greffes ont été réalisés à Necker-Enfants malades, dont certaines, multi-organes (rein-foie ou foie-intes-

tin grêle). Actuellement, le groupe se caractérise toujours par l'association d'un hôpital pour enfants et d'un autre pour adultes. Certains éléments du plateau technique, comme la radiologie, restent volontairement dédoublés.

D'autres, comme la dermatologie, l'ophtalmologie ou l'oto-rhino-laryngologie, ont fusionné. Ces adaptations ont créé des liens privilégiés entre chercheurs de mêmes secteurs tels que la diabétologie, la transplantation rénale ou de

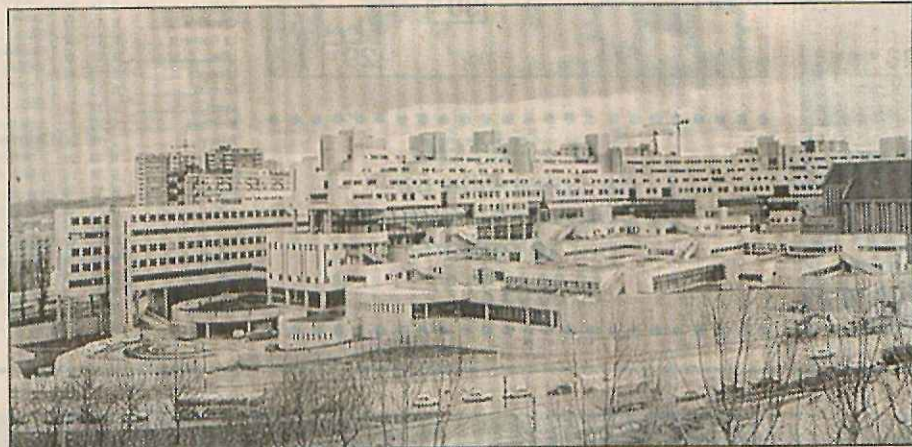
moelle osseuse. Par ailleurs, pas moins de 20 unités de recherche de l'Inserm et du CNRS sont arrivées sur le site. Parmi les nombreux laboratoires également présents, celui de génétique moléculaire est en pointe. Grâce à sa localisation de quinze gènes pathogènes et à l'identification de trois autres, il est plus que tout autre disponible pour le repérage des mutations et le diagnostic prénatal de certaines maladies héréditaires de l'enfant, dont la mucoviscidose.

Autre progrès : en 1956, le professeur Cara crée à Necker le premier service mobile d'urgence en région parisienne destiné au transport de malades sous ventilation artificielle. Ce service prend officiellement le nom de Smur (service mobile d'urgence et de réanimation) en 1972 au moment de la création du Samu de Paris. Désormais, une distinction est établie entre le transport, d'une part, et la réception et la régulation des appels de l'autre.

Ces évolutions multiples ont constamment influé sur le site qui ne cesse d'être démolé, reconstruit, restructuré sur ses huit hectares. L'historien regrettera seulement que, par manque de place, on ait, un jour, jeté à la poubelle la collection de calculs urinaires si méticuleusement constituée jadis par Jean Civiale.

Éric BIÉTRY-RIVIERRE

L'hôpital Robert-Debré



Robert-Debré : une architecture conçue pour agrémenter la vie des enfants malades. (Photo AP-HP/Photothèque.)

En 1988, dix ans après la mort du grand pédiatre Robert Debré, à l'origine de la création de l'Unicef et de la réforme hospitalo-universitaire de 1960, un hôpital était baptisé à son nom. Pour la première fois, l'architecture avait non seulement pour mission de répondre aux nécessités d'un grand établissement mais également de s'adapter à la vie des enfants malades. L'architecte Pierre Riboulet a conçu

à leur attention des chambres très claires et des salles à manger ou des salles de jeux donnant souvent sur des terrasses, le dos au périphérique. Ailleurs, des zones éclairées par des verrières abritent des petits jardins intérieurs. Complétés au centre de l'établissement par le grand jardin d'hiver, ceux-ci participent à une atmosphère bien éloignée de celle de l'hôpital traditionnel.

La revue « Urgence Pratique », dans son numéro 30, en 1998, consacra une longue interview au Professeur Maurice CARA.

Ainsi, nous avons un résumé historique de la « médecine d'urgence » où nous retrouvons le Professeur SERRE, ainsi que le Professeur ARNAUD et le Professeur BOURRET pour la médicalisation des blessés de la route, lors de l'intervention elle-même, sur les lieux, puis durant le transport.

Il faut remercier le Professeur CARA d'avoir rappelé :

« C'est Louis SERRE qui a effectué le premier transport aérien, de Montpellier à Paris, en ballonnant à la main tout le temps »...

« En ce qui concerne les transports médicalisés primaires, le premier à avoir l'idée de cette pratique c'est monsieur Marcel ARNAUD, de Marseille, puis son élève Paul BOURRET de Salon de Provence, pour les accidentés graves de la route »...

« A Paris, nous n'avons structuré notre SAMU qu'en 1972, alors que celui de SERRE fonctionnait depuis fin 1966 »...

« L'objectif est d'amener le patient vivant à l'hôpital ».

Il est important de prendre connaissance de l'avis du Professeur CARA à propos du Docteur COT au sein du Régiment des sapeurs pompiers de Paris. Je connaissais ces expériences, ce que l'on m'en avait dit lors de mon passage à la BSPP. Je m'en souviens fort bien.

COT avait mis au point un appareil mécanique de ventilation artificielle qui fut utilisé très longtemps. Sa priorité, comme médecin chef, dans le cadre des missions des sapeurs pompiers, était les états d'asphyxies, liés à certains risques (monoxyde de carbone, fuite de gaz...), mais aussi les noyés, les tentatives de suicide par pendaison*.

Pour les accidentés de la circulation, le « ramassage » restait à Paris du ressort de « Police secours ». On appelait la police lors d'un accident de la circulation, en faisant le n° 17 ou par une borne d'appel (Police) identifiée (qui ont disparu aujourd'hui).

On était loin d'une médicalisation systématique car le régiment puis la brigade ne disposaient que de peu d'ambulances.

D'ailleurs, à mon arrivée, dès mon affectation, à la caserne de Ménilmontant, mon premier réflexe fut de me rendre dans la « remise ». Il n'y avait pas de VSAB. Un seul véhicule de type ambulance privée, un break, du fait de la présence d'un médecin affecté à cette compagnie. Quelle déception !

Il ne peut y avoir ambiguïté. Obsédé par ces morts en masse sur les routes et durant les transports vers l'hôpital, Marcel ARNAUD a bien été le créateur, le concepteur de la médicalisation des secours aux blessés de la route (et non des asphyxiés ou des infarctus du myocarde...).

Ensuite, après Paul BOURRET et Louis SERRE, d'autres éminents praticiens, anesthésistes réanimateurs et organisateurs leur emboîtèrent le pas, à Nancy, à Toulouse, etc.

Au cours de cet entretien, Maurice CARA cite les Généraux NOTO et JULIEN pour la BSPP. C'est à l'UNPC que j'avais rencontré le Médecin Capitaine NOTO. Le Président LAURENT-PERUSSEL m'avait prévu à sa table pour le dîner. Le simple secouriste face au futur médecin chef, inventeur du « plan rouge ». Mais le Professeur CARA ira aussi, au-delà de ce qui préoccupent les médecins spécialistes entre eux : « Il faut promouvoir le secourisme ».

* Ce fut à l'occasion d'une intervention au sein de la BSPP, pour une pendaison, que je pratiquais, pour la première fois (sur une vraie victime) le MCE (massage cardiaque externe), en octobre 1967.

Rencontre avec le Professeur Maurice Cara, créateur du SAMU de Paris

Jean-Claude DESLANDES

La médecine d'urgence telle que nous la pratiquons, et telle qu'elle nous est enviée par de nombreux pays, est le fruit du travail de pionniers qui ont su proposer des avancées, maintenant reconnues comme essentielles, mais qui ont nécessité de bousculer bien des a priori, et chambouler bien des habitudes. Faire travailler des médecins sur le bord des routes, voilà une idée saugrenue ! Certains diraient même « Cela ne marchera jamais ! ». Nous sommes allés rencontrer un de ces médecins : le Professeur Maurice Cara.

Jean-Claude Deslandes : Monsieur, vous avez présenté le premier concours ouvrant à la carrière d'anesthésiste réanimateur des hôpitaux de Paris en 1947. Mais pouvez-vous nous préciser quand cette spécialité a débuté réellement ?

Maurice Cara : Les premiers anesthésistes sont apparus juste avant la dernière guerre. Un petit noyau s'était retrouvé autour du Professeur Gosset, et a créé, en 1936, la « *Société d'Anesthésie Française* ». Robert Monod en était le secrétaire général. Je fais partie de la

Maurice Cara, premier de cordée en 1950.



deuxième génération, celle qui a émergé à la fin de la guerre. La formation se faisait par compagnonnage dans les services, et le concours officialisa vraiment la spécialité. Je me dois de dire aussi que les confrères arrivant de France Libre, comme Kern, Valetta et Lassner, ont joué un rôle majeur dans l'évolution de notre pratique, en nous faisant part de l'acquis anglo-saxon en matière d'anesthésie par inhalation.

J.C.D. : Déjà le patronyme « *anesthésie et réanimation* » était admis.

M.C. : Effectivement. Cela était dû au fait que les anesthésistes de la Première Armée s'occupaient de l'anesthésie et de la transfusion. La deuxième année les « *transfuseurs* » ont obtenu un concours pour eux et les spécialités se sont momentanément séparées. C'est par la transfusion, par exemple, qu'Huguenaud nous a rejoint.

J.C.D. : Vous êtes, pour beaucoup d'entre nous, le père de la médecine pré-hospitalière. Comment vous est venue cette idée de médecins dans les ambulances ?

M.C. : Au début des années 50, une épidémie de poliomyélite a touché les pays scandinaves et toute l'Europe. L'introduction des techniques de ventilation artificielle permettait seule de maintenir les malades en vie. Les poumons d'acier ont rapidement été abandonnés, à cause de leur encombrement surtout car ce n'était pas de mauvais appareils mais faisant



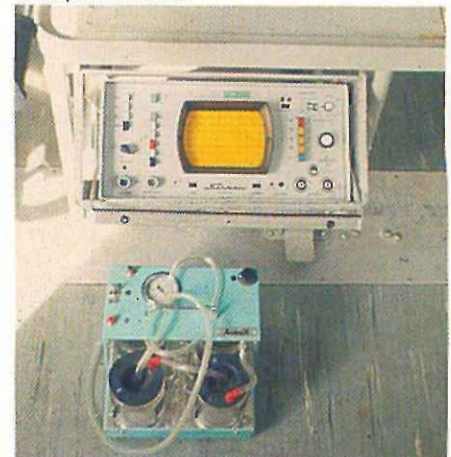
Photo Urgence Pratique.

deux mètres de long, il fallait disposer de pièces de quatre mètres pour entrer et sortir les malades. A l'hôpital de Copenhague, avec lequel nous étions en relation, ils recevaient dix insuffisants respiratoires par jour. Leur seul poumon d'acier ne pouvait suffire. Au tout début de l'épidémie, le docteur Ipsen anesthésiste a proposé ses services. Il a ventilé, à la main en se relayant avec d'autres personnes, avec succès une petite fille de cinq ans. Cette ventilation manuelle avec un appareil de Waters, était en plus de la contrainte (*tous les étudiants en médecine se sont relayés*), très coûteuse en gaz. La machine de respiration la plus sérieuse existant était celle d'Engström, ingénieur aéronautique de l'armée de l'air suédoise. J'ai rencontré monsieur Engström et ai pu faire venir une de ses machines en France.

J.C.D. : Comment se faisait la liaison patient-respirateur ?

M. C. : Essentiellement par l'intermédiaire d'une canule de trachéotomie. Mais pour en revenir au transport de patient, c'est Louis Serre qui a effectué le premier transport aérien, de Montpellier à Paris, en ballonnant à la main tout le temps. Pourquoi ce transport ? Pour répondre à une directives du Ministère de la Santé du 26 mai 1956, souhaitant que nous regroupions les poliomyélitiques devant être

Un des premiers moniteur.





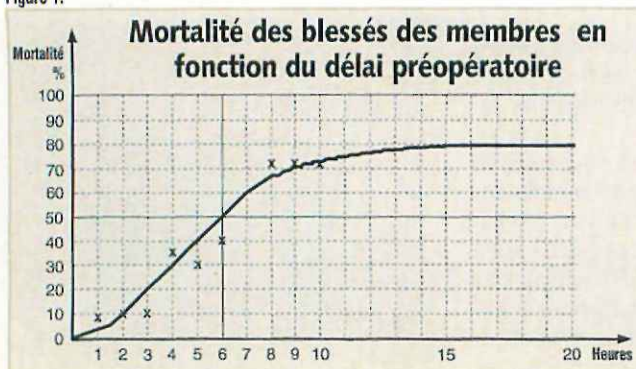
Les médecins des SAMU de France sont reçus à l'Élysée le 14 juillet 1979.

ventilés dans trois hôpitaux, deux à Paris (Claude Bernard, avec Mollaret, et Les Enfants Malades avec Tiéffri), et un hôpital à Lyon (avec Deleuze). Deux tactiques ont été essayées pour ces patients qui ne respiraient pas. A Lyon, où ils avaient choisi de rouler très vite, ils ont tué deux ou trois piétons. Nous avions préféré utiliser des ventilateurs manuels de premier secours. Pour le transport, l'Engström était trop volumineux. Nous nous sommes tournés vers le respirateur de Pesty. Cet appareil conçu par un médecin de la Marine, le docteur Rosenstil, prit par la suite le nom de Respirateur à Pose Réglable.

J.C.D. : Une ambulance, un médecin avec du matériel, un malade, l'idée de SMUR était donc née.

M.C. : Si vous voulez, bien qu'il ne s'agissait que de transports secondaires. En ce qui concerne les transports médicalisés primaires, le premier à avoir l'idée de cette pratique c'est monsieur Marcel Arnaud, de Marseille, puis son élève Paul Bourret de Salon de Provence, pour les accidentés graves de la route. Au printemps 1966, nous nous sommes réunis à Salon de Provence. Était présent le capitaine Rossignol, un hélicoptériste, qui nous a parlé de ses machines. Louis Lareng et Louis Serre relevèrent l'idée avec bonheur. En ce qui concerne la tactique de l'aide médicale urgente, je me dois de citer les travaux statistiques de Santy (1917) (figure 1) qui a mis en évidence la relation entre le délai opératoire et la mortalité des blessés des membres.

Figure 1.



J.C.D. : Est-il possible de dater la naissance du concept de médicalisation du secours du jour de cette réunion ?

M.C. : Effectivement. Elle a permis de confronter les idées. Les confrères du Sud ont, là-dessus, toujours été plus précoces. Peut être à cause du plus grand nombre d'accidents de la route. Larcen, à Nancy, a suivi peu après. A Paris nous n'avons structuré notre SAMU qu'en 1972, alors que celui de Serre fonctionnait depuis fin 1966.

J.C.D. : Sur Paris, le docteur Cot avait quand même déjà mis des médecins dans des ambulances.

M.C. : Il avait surtout mis au point un appareil à ventilation externe. Mais sur Paris, le rôle des Sapeurs Pompiers, a été prépondérant, et les relations établies avec le médecin colonel Robert, médecin chef, ont été pour moi, des plus fructueuses. Il m'a adressé nombre de ses jeunes médecins pour que je les forme à l'anesthésiologie. C'est le cas notamment des généraux Noto et Julien.

J.C.D. : Quel est votre regard sur la médecine d'urgence pré-hospitalière actuelle ?

M.C. : Je souhaite une meilleure collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Les choses évoluent, parce que certains, comme vous, ont été dans les SAMU avant d'occuper d'autres fonctions chez les pompiers. Une parfaite collaboration devrait permettre un secours partout efficace. Il faudrait qu'une structure soit initiée afin de coordonner l'ensemble de ces médecins. En 1974 déjà j'avais proposé, lorsque nous préparions la loi Samu, que soit instituée une délégation inter ministérielle.

J.C.D. : La médicalisation des secours a-t-elle pour vous des limites ?

M.C. : Les infirmiers doivent être intégrés dans le système, comme à l'hô-

1972 Création du SAMU de Paris par Maurice Cara. Madame Geneviève Barrier lui succède, en 1983, puis Pierre Carli le 1^{er} janvier 1998. ■

pital, où ils pratiquent, forcément seuls, des gestes prescrits par un médecin. Ils peuvent, après formation, et sous couvert d'une régulation, assumer certaines tâches pré-hospitalières.

J.C.D. : Est-ce que notre choix de médicalisation hors les murs de l'hôpital n'a pas freiné, chez nous, l'émergence de «Trauma Center» ?

M.C. : Je ne crois pas. Ce qui a freiné, c'est la structure hospitalière. Elle est mal adaptée. Les chirurgiens français ont comme préoccupation de carrière de pouvoir être assistants puis agrégés. L'urgence n'étant pas une spécialité cela ne pouvait les intéresser.

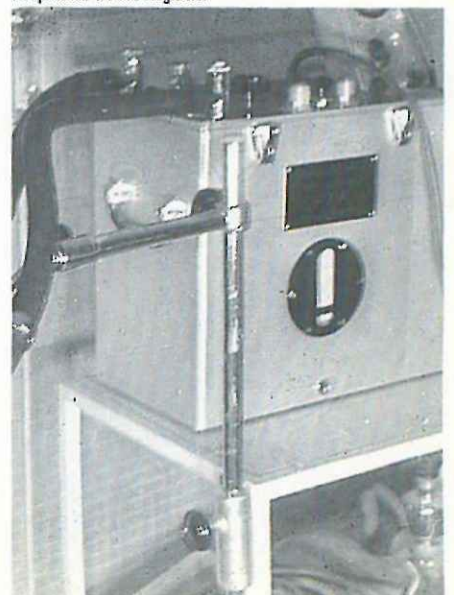
J.C.D. : Etes-vous partisan d'une concentration des urgences dans quelques centres ?

M.C. : Il faut préserver les plateaux techniques de proximité pouvant assurer les urgences principales, hormis la neurochirurgie. Le pourcentage d'interventions très spécialisées est réduit. Il serait stupide de ramener toutes les urgences sur les seuls centres pouvant les assumer.

J.C.D. : Les anesthésistes s'investissent moins dans le préhospitalier. De jeunes urgentistes ont pris le relais. Il existe un vrai malaise chez ces confrères. Avez-vous des commentaires à faire sur cette situation ?

M.C. : Il faut que l'hôpital leur fasse une autre place que celle d'urgentiste simplement. Ils pourraient travailler dans les départements d'anesthésie, et fortifier leur connaissances. Mais surtout il faut leur faire une situation car ils sont souvent des petites mains que l'on fait attendre et que l'on exploite.

Respirateur à Pose Réglable.



J.C.D. : Il existe peut être un triple problème, universitaire, pour le cursus de formation, hospitalier ensuite, car il fallait faire fonctionner les services d'accueil, de société enfin, car la population exige la présence immédiate d'un médecin.

M.C. : Si les médecins sont «docteurs» c'est qu'ils peuvent, étymologiquement enseigner. Leurs premiers élèves sont leurs patients. Ils doivent leur apprendre à assurer certains gestes, prise de tension, contrôle de la glycémie, exécuter les gestes élémentaires de survie. Il faut promouvoir le secourisme ! Mais il faut aussi que les médecins généralistes fassent plus d'interventions techniques dans leur cabinet. Nos jeunes urgentistes feraient d'excellents omnipraticiens. Les anesthésistes n'ont pas à être les seuls à travailler dans les ambulances !

J.C.D. : Seuls quatre professeurs agrégés d'anesthésie s'investissent actuellement, en France, dans l'urgence préhospitalière, Paul Petit, Bernard Némitz, Pierre Carli et Christian Virenque, c'est certainement trop peu.

M.C. : Effectivement, et je n'en comprend pas la raison exacte. C'est en tout cas un fait que je déplore.

Les premiers véhicules du SAMU de Montpellier.



Maurice Cara

Né en Alsace en 1917, d'un père médecin militaire.

Fait ses humanités au lycée de Limoges, puis à Louis le Grand, à Paris.

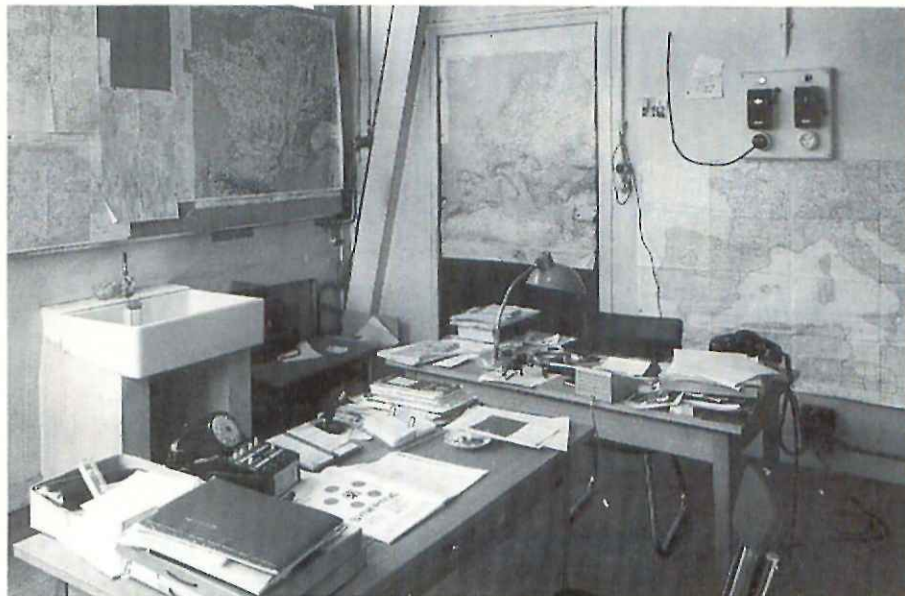
Débute médecine en 1937.

Mobilisé comme médecin auxiliaire en septembre 1939.

Fait prisonnier, il est libéré pour être affecté au Val de Grâce.

S'engage dans la résistance en 1943 sous le patronyme de «Léonidas», avec son maître Robert Monod «Prospero».

Participe à la bataille de Paris, et reçoit pour faits de guerre, la Croix de guerre, la Médaille de la Résistance, la Légion d'Honneur. Membre de l'Académie de médecine depuis 1989 succédant à monsieur Vour'ch. ■



Régulation du service central mobile de réanimation de l'Assistance Publique de Paris en 1958.

J.C.D. : Quel regard portez-vous sur la médecine Sapeur-Pompier ?

M.C. : Les médecins ruraux ont tout intérêt à intégrer cette structure qui leur donne les moyens humains et matériels de travailler correctement. À propos de leur formation, elle se doit d'être avant tout pratique. Elle est actuellement trop longue. Il vaut mieux multiplier les stages que les cours.

C'est un des défauts de la médecine française que de vouloir trop enseigner les médecins. ■

J.C.D. : Vous avez des responsabilités au sein de la Direction Générale de l'Aviation Civile. Pourquoi les avions français n'ont-ils pas de défibrillateurs à bord ?

M.C. : C'est un problème complexe que nous sommes en train d'étudier en ce moment. Le défibrillateur doit faire partie d'un tout. La continuité des soins doit être maintenue, et il se pose la question de la formation des personnels. Ce qui serait très utile, me semble-t-il, c'est qu'il existe une liaison directe entre l'avion et un centre de régulation médicale capable de conseiller personnel navigant ou confrère à bord, et préparer l'accueil dans l'aéroport. Les médecins de nos compagnies n'ont qu'un rôle de médecins de travail, et sont peu impliqués dans l'urgence. C'est certainement à revoir.

J.C.D. : Nous avons parfois tendance à parfois prolonger, pour accomplir des gestes techniques, la phase préhospitalière, et ne pas assez considérer que le temps est un bien précieux pour la victime. Avez-vous des conseils à nous donner ?

M.C. : C'est une question de diagnostic et d'évaluation du pronostic. L'objectif est d'amener le patient vivant à l'hôpital et dans le service approprié pour que l'on puisse faire les gestes nécessaires tout de suite. Nous avons



Il y a trente ans déjà.

fait un essai dans Paris pour les plaies du cœur. Nous arrivions à en sauver 50 %, à condition d'aller tout de suite auprès du chirurgien cardiaque. Raccourcir le délai d'amont est essentiel, c'est une question de bon sens. La situation est à envisager au cas par cas. Il faut transporter rapidement, mais rien n'empêche pendant le transport de faire des soins et de gagner par la même du temps. Attendre sur place, je suis d'accord avec vous, est une erreur.

J.C.D. : Avez-vous un message particulier à adresser aux médecins s'investissant dans le secours à personne ?

M.C. : Les médecins de Sapeurs-Pompiers doivent être des médecins généralistes ayant fait des études de médecine correcte, c'est à dire ayant été formés à la prise en charge des urgences. Les médecins hospitaliers doivent s'investir plus dans les services d'urgence. A tous je dirais de garder une certaine cohésion, et un respect mutuel. ■

Jean-Claude DESLANDES
Rédacteur en Chef

En contact avec le Professeur Alain LARCAN (qui a créé le « service SOS » avec la participation active des sapeurs pompiers pour toute l'agglomération de Nancy), j'avais reçu de sa part de nombreux documents suite à l'envoi du tome III.

J'en faisais part au Professeur CARA (lettre du 10.10.2003) en lui adressant le dernier bulletin du CAPSU comprenant un texte du Professeur ARNAUD de 1962 retiré de ses archives.

Le texte du Professeur CARA dans les « Annales médicales de Nancy et de Lorraine » - n° spécial – 1998, revient sur le rôle historique des médecins dans « l'aide médicale urgente ».

On y retrouve, à travers sa longue expérience, des reproches voire des regrets pour cette « pesanteur bureaucratique », que nous déplorons tous et qui, toujours aujourd'hui bloque, non plus la médecine d'urgence, mais le secourisme de masse, sujet qui n'intéresse nullement les « responsables » politiques.

C'est la partie consacrée au SAMU qui nous intéressera le plus dans le cadre de ce document. Le Professeur Maurice CARA évoque la création des SMUR que nous ne devons pas confondre avec le SAMU. Il est formel, le premier SMUR fut celui de Paul BOURRET et le premier SAMU celui de Louis SERRE.

Sur l'avenir, le fondateur du SAMU de Paris reste optimiste même s'il mentionne très justement que « on ne pourra pas toujours avoir des pionniers animés d'une ardente bonne volonté ». Cette bonne volonté, on la reconnaît chez ceux qui l'ont en eux. Ils ne sont pas découragés par les aléas permanents, les blocages en tous genres, les inepties entendues ici ou là, les incompréhensions des autorités hiérarchiques et publiques. Celui qui est animé d'une telle bonne volonté regrette, s'agace, mais ne désespère jamais ; il accuse le coup mais il conserve en lui tout son ressort, toute sa passion pour son action ! Je reconnais dans ce rapide portrait mon Maître Marcel ARNAUD, mais je place volontiers le Professeur CARA parmi ces hommes qui ont pris le temps d'avancer pas à pas (il fallait avoir de la patience pour attendre 1972 afin, enfin, d'officialiser le SAMU de la capitale !).

Ainsi, il apparaissait normal et naturel que je sollicite en 1988 le Professeur Maurice CARA afin qu'il préside à l'inauguration officielle de la quatrième rue au nom de notre ami, notre référence ; et, à travers ce que j'ai ensuite encore appris de sa propre action, encore plus aujourd'hui.

Dans la revue « La Route », titre historique de Robert DEJOUR*1, son créateur, le Professeur CARA (qui avait repris la présidence de la commission médicale), abordait également le secourisme.

Ainsi l'alerte (acte capital rappelait sans cesse Marcel ARNAUD) – 1^{er} des 5 gestes.

Dans les pages 3 à 6 ci-après, on trouvera d'abord le compte rendu d'une réunion de travail au SRF avec M. GRAFF*2, alors délégué interministériel à la sécurité routière puis, surtout, le texte de M. CARA avec ce titre : « Alerter : savoir parler ».

Cet exposé détaillé ne peut que confirmer que l'alerte demeure bien un geste qui sauve, par sa rapidité et sa qualité. Aujourd'hui, en 2006, il demeure des lacunes pour le grand public, ce qui prouve que l'évocation théorique très rapide de cette « alerte des secours » lors de la préparation actuelle d'un permis de conduire demeure tout à fait insuffisant.

*1 Je rappelle que j'avais fait la connaissance de M. Robert DEJOUR en 1968, lors d'une réunion organisée à Nanterre par le célèbre animateur de télévision, Guy LUX, avec qui j'avais pris contact suite à ses articles dans « France Soir » à propos des accidents de la route. A l'issue de la réunion, où je m'étais « permis » de venir en tenue de simple sapeur pompier de Paris (toujours avec l'accord de mes supérieurs qui me savait « moniteur national de secourisme »), M. DEJOUR me proposa de me raccompagner près de l'Etat Major où j'avais été affecté après ma période d'instruction à Villeneuve Saint Georges et mon affectation à la compagnie de Ménilmontant. Ce contact me permit de commencer à connaître le comité national du Secours Routier Français.

*2 Voir 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent » (2005).

Le 10 novembre 2003

Monsieur le Professeur Maurice CARA,
6 rue Dulac,
75015 PARIS

Monsieur le Professeur,

J'espère que vous avez bien reçu le tome III.

Je vous fais parvenir notre modeste bulletin associatif dans lequel vous trouverez un texte de Marcel ARNAUD de 1962.

Parmi les documents que le Professeur Alain LARCAN a bien voulu me faire parvenir, j'ai trouvé un texte, très intéressant, de votre part (Annales médicales de Nancy, 1998, n° spécial) intitulé « Passé, présent et avenir de l'aide médicale urgente en France », qui me sera très utile pour le tome IV.

Je suis donc preneur de tous documents, textes, photos, que vous accepteriez de me remettre sur la médicalisation des secours à Paris et votre action au SRF pour la formation du grand public.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en ma haute considération.

Didier BURGGRAEVE



Passé, présent et avenir de l'aide médicale urgente en France

Maurice CARA

L'expression « aide médicale urgente » est d'origine belge : elle est apparue pour la première fois dans la loi belge du 8 juillet 1964 sur « le fond d'aide médicale urgente » grâce auquel les économistes espéraient, bien inconsidérément, résoudre les difficultés soulevées par les urgences médicales. Le sigle SAMU (service d'aide médicale urgente) est né en France vers 1966 au ministère de la Santé. Il a été tardivement consacré dans une circulaire du ministère de la Santé en date du 19 juillet 1972 officialisant le SAMU de Paris. Depuis ce sigle a fait fortune : il est devenu un mot usuel dans les pays francophones.

L'ANTIQUITÉ ET LE MOYEN ÂGE

Même s'il n'en avait pas le nom, le concept d'aide médicale urgente existait déjà dans l'Antiquité : l'on savait traiter les détresses respiratoires par la trachéotomie, par l'extraction des corps étrangers du pharynx au doigt ou à la pince et par la bouche à bouche, pour faire passer le « souffle vital ». Mais ces gestes n'étaient connus que de rares initiés. HOMÈRE dans l'Odyssée relate la mort de Procris, qui a été illustrée par un tableau de Pierro di Cosimo (XVI^e siècle) : l'on y voit un faune contemplant pensivement la trachéotomie qui n'a pu sauver la princesse, mortellement blessée par Céphale, son mari.

L'Antiquité nous a aussi laissé le Serment d'Hippocrate (écrit vers 400 av. J.C.) dont l'éthique est toujours valable. Elle impose notamment que la confidentialité soit respectée : l'aide médicale urgente n'échappe pas à cette règle, elle doit être laissée entre des mains médicales.

LES ARMES À FEU

Au cours des siècles, l'évolution de l'aide médicale urgente a suivi les événements politico-militaires et les progrès techniques concomitants. En 1453 la prise de Constantinople, grâce aux armes à feu, marque l'appari-

tion de blessures beaucoup plus graves que celles faites par les armes blanches. La gangrène étant plus fréquente l'amputation devint souvent le seul moyen de sauver le blessé. En 1552, lors du siège de Metz, Ambroise PARÉ a mis au point les désarticulations et il introduisit la ligature des artères (on les cautérisait auparavant).

Dès la Renaissance les anatomistes ont préconisé l'intubation trachéale en urgence (VÉSALE, vers 1554). La découverte de la circulation du sang (HARVEY, 1628), puis la comparaison de la respiration à une combustion (MAYOW, 1674) étaient avancées. Enfin LAVOISIER établit définitivement le rôle de l'oxygène (1777). Bien des possibilités de traitement étaient donc disponibles, mais pendant quelques siècles les médecins officiels ont méprisé la médecine d'urgence. Elle n'était pratiquée que par les chirurgiens militaires, les barbiers, les rebouteux et, en ce qui concerne les accouchements, par les sages-femmes. Ainsi, encore au XVII^e siècle, le règlement militaire imposait aux chirurgiens de se tenir au moins à une lieue (4,45 km) du champ de bataille, c'est-à-dire à plus d'une heure de marche.

L'ORGANISATION MILITAIRE DES SOINS SUR LE CHAMP DE BATAILLE

Les choses vont changer lors de la Révolution française, on le doit à un homme exceptionnel, Dominique LARREY. Fils d'un cordonnier béarnais il se forma d'abord à Toulouse puis à Paris. Après un court séjour comme chirurgien dans la marine il passa dans l'armée et en 1792, lors du siège de Spire, désobéissant au règlement militaire, il partit de son propre chef avec ses infirmiers sur le champ de bataille pour donner les premiers soins aux blessés. Le résultat fut spectaculaire, la mortalité se trouva réduite de plus de 50 %. LARREY fut puni pour désobéissance, mais, lorsque ses mérites furent enfin reconnus, il fut promu médecin major. On lui laissa ensuite organiser le service de santé militaire avec des ambulances et des chirurgiens capables de traiter les

blessés au cœur de la bataille. Il sauva ainsi de nombreuses vies françaises et même des blessés ennemis, chose inimaginable à l'époque. Cela lui valut d'être traduit pour trahison devant le Tribunal révolutionnaire en 1796. Par bonheur, grâce à l'éloquence de son compatriote, le conventionnel Bertrand BARÈRE, il put échapper à l'échafaud.

NAPOLÉON sut reconnaître ses mérites et le nomma Chirurgien chef de la Garde Impériale. Lors de la paix de Tilsitt (juillet 1807) Napoléon présenta le Service de santé français au Tsar, aux autres chefs d'État et à leurs états-majors. Larrey devint le conseiller de toutes les armées mêmes ennemies. Il propagea ainsi l'organisation des soins d'urgence et la notion de neutralité du corps de santé... et fit à cette occasion la connaissance du général prussien BLÜCHER.

Lors de la bataille de Waterloo (1815), LARREY blessé tomba aux mains des Prussiens qui voulurent le fusiller. Mais BLÜCHER le reconnut et le libéra en reconnaissance de ses services ; il lui fournit même une voiture et une escorte pour rejoindre Paris.

La neutralité du service de santé en temps de guerre ne fut institutionnalisée que 50 ans plus tard par le suisse Henri DUNAND, après la sanglante bataille de Solferino (1859) : création de la Croix Rouge Internationale en 1863, et de la Convention de Genève en 1864. Mais la contribution d'Henri Dunand ne se limite pas à cela : la Croix Rouge a introduit le secourisme dans la pratique civile et dispensé son enseignement.

Ces réalisations sont à la base de l'aide médicale urgente qui transpose dans le civil les principes de la médecine militaire dégagés par LARREY. Dans le civil, être neutre implique le respect de la confidentialité médicale et une collaboration avec tous les autres services d'urgence, publics ou privés, sans exclusive, ni inféodation.

LE PROGRÈS SCIENTIFIQUE

Le progrès scientifique a été prodigieux au cours du XIX^e siècle. Entre autres découvertes essentielles, citons celles du courant électrique par VOLTA (1800) qui a permis la réalisation du télégraphe électrique puis du téléphone (Graham BELL, 1876). Très rapidement le téléphone a été utilisé pour transmettre l'alerte : dès 1878 New York a été équipée de bornes d'appel vers la police ou les pompiers. Les principales capitales européennes suivirent rapidement et des services d'ambulances y furent organisés, notamment à Paris. Puis, très vite, le téléphone s'est développé en ville, puis à la campagne. Le téléphone est devenu indispensable en médecine d'urgence, il a considérablement raccourci les délais d'intervention, jamais les SAMU n'auraient pu voir le jour s'il n'avait existé.

Un peu avant 1900, les Russes ont institué le tri préalable des appels téléphoniques : 1 pour la police, 2 pour les pompiers et 3 pour les stations médicales d'urgence. Ce tri fait gagner un temps précieux et économise un relais intermédiaire pour les interventions médicales. Les stations médicales d'urgence russes sont servies par des généralistes et elles ont été dotées d'ambulances

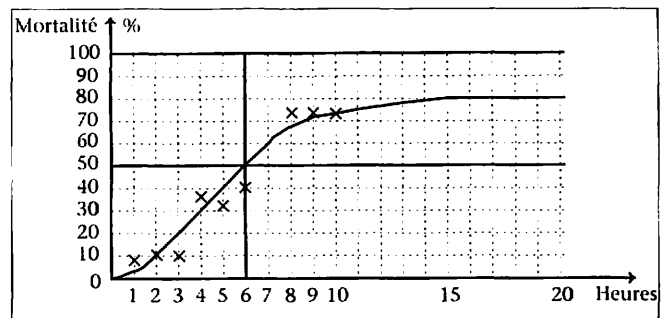


FIGURE 1

MORTALITÉ DES BLESSÉS DES MEMBRES EN FONCTION DU DÉLAI PRÉ-OPÉRATOIRE.

hippomobiles puis automobiles. Bien qu'assez rudimentaire ce système a fait ses preuves, il a été maintenu lors de la révolution communiste, et il est toujours en vigueur dans les pays de l'ex-URSS. C'est la préfiguration des SAMU, mais, comme il est servi par des généralistes ayant peu de contact avec l'hôpital, le système a mal suivi le progrès médical, auquel a pourtant participé l'école de NÉGOVSKI à Moscou. Quoi qu'il en soit, il est regrettable que, méprisant la réalisation russe, l'Union européenne ait récemment institué le numéro unique 112 d'appel des urgences : un numéro unique implique un coûteux service relais et ne peut assurer la confidentialité médicale : cela écartera certaines urgences du SAMU, retardera alors les soins efficaces et augmentera la mortalité des cas graves. C'est une régression par rapport au tri préalable, institué en France par une circulaire de M^{me} Veil le 6 février 1979 (15, SAMU ; 17, police et 18, pompiers).

Au cours de la Première Guerre mondiale le service de santé n'a pas utilisé les acquis de la physiologie, qui étaient devenus pourtant considérables, mais il faut bien comprendre que la chirurgie, la radiologie et la bactériologie avaient alors un intérêt majeur. Toutefois le transport des blessés a été amélioré et l'aviation sanitaire a débuté avec quelques évacuations aériennes par l'armée française, en 1916 lors de la retraite de Serbie.

Au cours du XIX^e siècle, les chirurgiens anglais avaient dégagé le concept de syndrome de « shock » responsable de la mort de nombreux blessés et les études statistiques ultérieures sur le choc hémorragique au cours de la Grande Guerre ont permis de préciser les choses. Nous citerons celle de SANTY (1917) sur la mortalité des blessés des membres qui nous a servi de base scientifique pour établir la tactique de l'aide médicale urgente (fig. 1). On voit que la courbe est sigmoïde. Quand le blessé est opéré lors des deux premières heures la mortalité est très faible, puis elle croît rapidement pour atteindre 80 % au bout de 8 heures. La loi statistique est la même que celle rencontrée en toxicologie, c'est une loi logarithmico-normale, facile à traiter graphiquement, qui permet de dégager le temps létal médian et l'écart type. Cette loi est transposable à toutes les pathologies rencontrées en urgence mais il faut adapter les paramètres (médiane et écart type) pour chaque pathologie. Pour l'arrêt cardiaque, par exemple, la médiane est de 2,5 minutes : il faut donc intervenir avant ce temps si l'on veut sauver

50 % des patients. Par contre, pour l'infarctus du myocarde non traité, la médiane est de 5 heures et la probabilité (à 2 σ) d'une mort subite est très faible dans les 6 premières minutes. Mais, dans les conditions extrahospitalières, on dispose de peu de moyens en urgence, toutefois les relevés faits montrent que de petits gestes de secourisme permettent de déplacer la courbe vers la droite, c'est-à-dire de gagner du temps et de permettre aux secours médicalisés d'arriver (FRANCK à Dijon, 1964). Cette constatation implique que le SAMU doit être en étroite liaison avec les secouristes et justifie la politique qu'Alain LARCAN a heureusement menée au SAMU de Nancy.

LES CHIRURGIES THORACIQUES ET CARDIAQUES, L'APPORT DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Dans l'entre-deux guerres, l'anesthésie et la réanimation ont fait des progrès considérables : citons l'intubation trachéale et les systèmes respiratoires avec absorption du CO₂ (va-et-vient de WATERS, 1924), la respiration assistée et contrôlée manuelle (GUEDEL, 1934), puis automatique (Spiropulsator de CRAWFORD, 1938), la mise au point de la transfusion sanguine (groupe Rh, LANDSTEINER, 1940). Lors de la deuxième Guerre mondiale les médecins militaires américains ont largement appliqué ces nouvelles techniques : les médecins anesthésiologistes qui accompagnaient les chirurgiens à l'avant ont appliqué la réanimation respiratoire et la transfusion sur une large échelle. En 1944, au contact de l'armée américaine la première armée française a organisé la transfusion avec l'aide du professeur BENHAMOU (faculté d'Alger). En 1950 ce dernier, devenu conseiller du professeur AUJALEU, Directeur général de la santé, a fait créer un bureau des secours d'urgence (confié à M. René COIRIER) et il a préconisé la construction du SAMU de Toulouse, qui n'a pu ouvrir qu'en 1968.

Dès 1950 on aurait pu mettre en place les SAMU, mais la pesanteur bureaucratique et le désintérêt de la médecine officielle ne l'ont pas permis. En effet de nouvelles découvertes médicales orientaient la médecine et la chirurgie vers des investigations et de traitements de plus en plus performants, mais qui exigeaient des moyens toujours accrus.

LA RÉANIMATION RESPIRATOIRE

En 1951, un évènement a modifié le cours des choses : une épidémie de poliomyélite a frappé l'Europe peu préparée à y faire face. Elle a d'abord atteint les pays scandinaves, c'est ainsi qu'à Copenhague le service des maladies infectieuses du professeur LASSEN a dû recevoir une dizaine de patients en détresse respiratoire par jour pendant quelques semaines, mais il ne disposait que d'un seul poumon d'acier, peu efficace pour les formes graves. C'est alors que le docteur IBSEN, anesthésiologiste dans le service de chirurgie voisin, proposa ses services : « Vos malades sont comme nos patients curarisés, nous avons l'habitude de les ventiler, confiez-nous en un, nous essayerons de le sauver ». On lui confia une petite fille de 5 ans qui survécut après quelques semaines

de ventilation assistée à la main. Cela demanda un effort considérable mais ce succès montra l'efficacité de la méthode. Les Scandinaves construisirent rapidement des respirateurs artificiels ; le meilleur a été celui de Karl Gunnar ENGSTRÖM, physiologiste aéronautique de l'armée suédoise. Ces appareils permirent de libérer les mains des anesthésistes et des bénévoles qui avaient été formés à la hâte : la réanimation respiratoire est partie de là.

En 1954, ayant eu connaissance de ces évènements, j'ai été à Copenhague et à Stockholm pour me rendre compte de la situation. En effet, avec l'aide du professeur Robert MONOD, j'avais pu monter en 1951 un « banc d'essai du matériel d'anesthésie » pour tester le matériel nouveau que l'Assistance publique à Paris se proposait de normaliser : elle a créé le laboratoire expérimental de physique de l'Assistance publique pour supporter ce « banc d'essai » (à l'époque j'étais assistant d'anesthésie-réanimation à Paris et chef de travaux de physique biologique à Nancy où j'ai été orienté vers la physiologie aéronautique par le médecin général GRANDPIERRE alors professeur de physiologie à Nancy). Les essais et la normalisation du matériel de premier secours m'ont mis en contact avec le médecin-colonel ROBERT, médecin-chef des Sapeurs-pompiers de Paris, qui m'a adressé ses jeunes médecins pour les spécialiser en anesthésiologie (notamment ceux qui sont devenus les généraux R. NOTO, C. JULIEN,...). De même j'ai accueilli en stage de nombreux médecins d'active de l'armée de l'air (notamment les futurs médecins généraux SALVAGNAC, CARRÉ, LEGUAY, TIMBAL,...) qui ont formé le noyau des équipes d'évacuation aériennes militaires et ont maintenu des liens étroits entre la médecine aéronautique et le SAMU de Paris.

Mon laboratoire de physique et sa petite équipe ont été le support du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dont on m'a confié la direction le 26 mai 1956 pour développer la réanimation respiratoire et ramener les patients vers les services spécialisés. Pour faire face à l'épidémie de poliomyélite, le ministère de la Santé nous a octroyé un rayon d'action de 200 km, l'Assistance publique nous a fourni les ambulances et nous avons utilisé notre matériel d'anesthésie ainsi que celui en cours d'essai. À la même époque à Lyon, les hospices ont chargé les ambulancières de la Croix-Rouge d'une tâche analogue mais, faute de moyens la seule solution à leur disposition était d'aller le plus vite possible. Après que quelques piétons eurent été écrasés, l'expérience lyonnaise a tourné court. À Paris, par contre, nous avons transporté les malades doucement en les maintenant en vie par la ventilation artificielle, comme en anesthésie, avec du matériel adapté au transport, (respirateur RPR de PESTY, etc.) et nous n'avons eu à déplorer ni accident de la route, ni décès : rendant compte en 1958 de nos résultats devant la Société d'anesthésie, nous avons pu dire « qu'il n'y avait plus d'insuffisant respiratoire intransportable ».

À la même époque à Salon-de-Provence, le professeur BOURRET, chirurgien élève de Marcel ARNAUD, réalisa une antenne mobile de réanimation médicalisée par ses internes pour ramasser les blessés de la route.

Enfin, depuis 1944, les évacuations sanitaires aériennes ont été largement développées par l'armée américaine puis par l'armée française, citons l'action du médecin-capitaine (devenue général) Valérie ANDRÉ, pilote d'hé-

hélicoptère en Indochine (1950). En 1957, lors de la guerre d'Algérie, en collaboration avec notre SMUR dont certains médecins étaient mobilisés, l'armée de l'air a organisé les évacuations aériennes des blessés graves et des soldats victimes de la poliomyélite (la vaccination n'existait pas encore) pour les ramener sur la France. En 1958, la technique des évacuations aériennes ainsi mise au point a été rapidement transposée dans le domaine civil avec l'aide d'Air France pour les avions de ligne, puis d'Europ'Assistance pour le rapatriement des touristes français accidentés à l'étranger. Un accord a été conclu entre le ministère des Affaires étrangères et l'Assistance publique pour les rapatriements sanitaires médicalisés des diplomates et des Français à l'étranger par le SMUR de Paris et de même les avions d'Air France ont été rattachés par radiotéléphone au SAMU de Paris pour des conseils en vol et une aide à l'atterrissage.

LA MISE EN PLACE DES SAMU

C'est sur la route des vacances que les accidents de la route se produisent le plus souvent. Aussi, après Salon-de-Provence, dès les années 60, des SMUR ont été créés : Nancy (Alain LARCAN), Montpellier (Louis SERRE), Dijon (PIGANIOL et FRANC), Chalon-sur-Saône (PÉRIN), Toulouse (Louis LARENG), Pau (SOUBIRAN), Troyes (MAZURE et DOUBOVICK), Amiens (Ernest ECHTER), Grenoble (MENTHONNEIX).

Le décret du 2 décembre 1965 sur les transports sanitaires a fait naître l'idée d'un service d'aide médicale urgente : progressivement les SMUR ont été transformés en SAMU. Le premier a été créé à Montpellier par L. SERRE (1967) qui développa les transports par hélicoptère.

À Toulouse Louis LARENG réalisa un SAMU modèle (1968) : il institua la télétransmission pour renforcer l'efficacité de ses équipes mobiles, un SAS (10 lits chauds pour détresse — 10 lits tièdes de pré-sortie) permet la continuité des soins à l'arrivée, et un caisson hyperbare complètent l'équipement. Enfin un effort particulier est fait pour la coordination avec les différents organismes publics ou privés de secours d'urgence (médecins généralistes, Croix-rouge, sapeurs-pompiers, protection civile, gendarmerie, CRS, police, ambulances privées, secouristes).

Dans Paris lors de la transformation en 1972 du SMUR de Necker en SAMU de Paris, nous avons été chargés d'un rôle national, en cas de catastrophe notamment. Un bâtiment spécifique nous a été promis... il n'a été terminé qu'en 1983. Quatre autres SMUR, répartis dans Paris et appuyés sur les départements d'anesthésiologie, ont épaulé l'action du SMUR de Necker qui s'est assez rapidement doté d'un SMUR pédiatrique.

À Créteil (1974), P. HUGUENARD a bénéficié d'une installation neuve à l'hôpital Henri-Mondor : il a obtenu une bonne aire d'hélicoptère, directement attenante au SAMU et permettant la réception directe des patients dans l'hôpital à travers ses locaux. P. HUGUENARD a ainsi pu démontrer dans la région parisienne l'efficacité d'un hélicoptère attaché au SAMU. Surtout, avec l'aide d'Alain LARCAN il a développé l'enseignement de la médecine de catastrophe, en collaboration avec les Sapeurs-pompiers (notamment R. NOTO) et l'Armée.

La création du SAMU de Nancy (1975) s'est faite en bonne collaboration avec la Sécurité civile ce qui en a considérablement renforcé l'efficacité. Alain LARCAN a introduit la participation des psychiatres en médecine d'urgence et a démontré leur utilité. Il a aussi créé un enseignement de médecine de catastrophe qui est exemplaire.

LA LÉGALISATION DES SAMU

Le premier texte officialisant le SAMU n'est pas français : c'est un décret du président HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire) « du 30 mai 1984, érigeant le service d'aide médicale urgente (SAMU) en établissement public à caractère administratif ». Il a été confié au professeur BONDURAN, anesthésiologiste du CHU de Cocody.

Jusqu'en 1986, les SAMU n'ont eu aucune base légale en France ; depuis plus de 15 ans une loi était pourtant en préparation au Bureau des secours d'urgence au ministère de la Santé. On s'est contenté de circulaires : celle du 22 juin 1978 préconisait la médicalisation des secours routiers et une autre, du 6 février 1979, proposait « la coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée » et mettait en place le n° 15 d'appel téléphonique gratuit.

Le 24 février 1979 à Toulouse, un séminaire de l'OMS, dirigé par le D^r ROMER, a proposé la planification et l'organisation des services médicaux d'urgence. On a posé comme principe que « l'assistance aux malades et aux blessés est une partie essentielle de la médecine » et qu'« il faut promouvoir le concept de médecine d'urgence en tant qu'élément des soins primaires ».

Ainsi, progressivement les SAMU se sont mis en place dans tous les départements français métropolitains et d'outre-mer, en connexion le plus souvent avec le département d'anesthésie-réanimation de l'hôpital ou avec le service d'urgence et de réanimation, comme à Nancy.

Enfin, le 6 janvier 1986 Louis LARENG, alors député des Hautes-Pyrénées, a pu faire voter une Loi « relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires » qui crée un SAMU dans chaque département. Cette loi définit l'aide médicale urgente qui « a pour objet... de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Chaque SAMU doit être « interconnecté, dans le respect du secret médical, avec les dispositifs des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours ».

Un décret du 16 décembre 1987 a précisé les missions et l'organisation des SAMU et une circulaire du 31 mars 1988 a rappelé aux directeurs d'hôpitaux qui refusaient de sortir de leurs murs, qu'ils devaient prévenir le SAMU et que, conformément à l'article 63 du Code pénal, ils avaient obligation de porter secours aux accidents survenant à proximité de leur établissement.

L'ORGANISATION D'UN SAMU

La salle de régulation où se tiennent en permanence un ou plusieurs médecins, selon l'importance du départe-

tement, est le cœur du SAMU. Ces médecins régulateurs doivent être spécialement formés et ils doivent bien connaître les possibilités de leur circonscription. Ils sont servis par des auxiliaires (les « permanenciers ») qui reçoivent et identifient les appels avant de les leur passer. Ils leurs communiquent les documents nécessaires et maintiennent le contact avec les ambulances des SMUR. Ils les dirigent et veillent à leur approvisionnement. Le rôle du médecin régulateur est de s'informer de la situation, de conseiller les appelants s'il y a des gestes immédiats à faire, d'apprécier la gravité de la situation afin d'envoyer une équipe de réanimation, s'il y a lieu, et de prendre contact avec le service récepteur pour obtenir son accord. Le régulateur doit agir selon le désir éventuel du patient, s'il est justifié, et doit l'orienter vers les meilleurs soins, sans privilégier le secteur public ou le privé (principe de neutralité). Cette activité est très importante dans les grands centres ; par exemple, en 1996 le SAMU de Paris a reçu 300 000 appels téléphoniques, transporté 11 600 patients en primaire (du lieu de l'accident ou du domicile) et 4 500 en secondaire (d'hôpital à hôpital).

Le SAMU a un rôle important d'enseignement auprès des étudiants en médecine, des auxiliaires paramédicaux et des secouristes ; il doit former les équipes de ses SMUR et les contrôler. C'est un service médical public consacré aux urgences médicales. Il est techniquement indépendant des autres services publics, ce qui lui permet de collaborer librement avec eux mais il est intégré dans le système hospitalo-universitaire et des hôpitaux publics civils, ce qui est parfois source de difficultés car la gestion hospitalière est mal adaptée aux impératifs du SAMU et des SMUR.

Les moyens médicaux du SAMU sont les équipes médicales des SMUR qui lui sont rattachées, il utilise aussi les moyens des autres services de secours civils ou militaires (notamment leurs ambulances, hélicoptères, avions s'il y a lieu), avec lesquels il doit être en contact. Enfin, en cas de catastrophe il doit apporter son concours, envoyer des équipes médicales sur place, faciliter les hospitalisations vers les services appropriés où l'on dispose de place. La doctrine ancienne d'adresser les patients à l'hôpital le plus proche n'est souvent pas valable, car elle aboutit souvent à une surcharge laissant les victimes sans soins, et, en tout cas, elle ne devrait plus être la règle.

QUEL EST L'AVENIR DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ?

L'histoire de l'aide médicale urgente nous a montré que le processus était irréversible, on ne peut plus la supprimer car elle correspond à un besoin ressenti comme tel par la population. Elle se développera donc inéluctablement, mais cela se fera de façon discontinue avec des phases de stagnation et peut-être de régression transitoires si les contraintes économiques sont trop fortes ou si la qualité des hommes se dégrade : on ne pourra pas toujours avoir des pionniers animés d'une ardente bonne volonté.

Nous avons vu qu'à l'origine du terme « aide médicale urgente » les économistes belges avaient cru résoudre le

problème de l'urgence médicale ; de même les concepts de gestion hospitalière qui président à la Loi française de 1986 ne sont pas un bon support dans ce domaine : en urgence, il est utopiste de tarifer les interventions à l'acte. De plus l'analyse statistique montre, comme nous l'avons vu, que des soins précoces évitent bien des complications, mais le système hospitalier est inflationniste, car il vit des soins aux malades graves, ce qui le pousse implicitement à économiser sur la rapidité d'intervention. Il serait plus économique d'employer les mêmes règles efficaces de gestion que les pompiers : la comptabilité hospitalière est trop complexe et, quand on n'a pas eu le temps de préciser l'identité des victimes, la recherche des impayés est peu efficace. De plus une uniformisation des règles de gestion éviterait une compétition stupide entre des services qui doivent être complémentaires.

Le service de Santé des Armées nous a toujours aidés et nous lui avons offert des terrains de stage utiles pour la formation de ses médecins en médecine d'urgence : la réorganisation actuelle des armées ne pourrait-elle pas permettre une collaboration plus active entre les civils et les militaires dans ce domaine ?

CECI DIT, QUE SERA L'AVENIR ?

Le rôle des psychiatres deviendra certainement plus important, en réduisant les traumatismes psychiques, ils diminuent les séquelles somatiques.

Enfin la notion de SAMU est en train d'évoluer : la réalisation du SAMU social de Xavier EMANUELLI montre que les principes d'aide médicale urgente sont applicables dans un domaine plus vaste que celui de l'extrême urgence, les SAMU ne pourront éviter d'en tenir compte.

Des innovations techniques, des catastrophes nouvelles influenceront sûrement sur l'évolution des SAMU ; les moyens de diagnostic de plus en plus perfectionnés font forcément appel au SAMU pour orienter les patients en état grave vers eux.

De toute façon l'existence des SAMU brise l'hospitalo-centrisme. L'hôpital a dû enfin sortir de ses murs et s'il y a compétition entre le public et le privé, cette compétition devrait se faire désormais sur des critères d'efficacité médicale.

L'organisation même du système d'aide médicale urgente qui est maintenant en place devra s'adapter : avec les moyens informatiques dont on peut disposer, il n'est plus justifié de multiplier le nombre des centres : une conception régionale appuyée sur le potentiel hospitalo-universitaire me semble plus rationnelle que le système départemental actuel. De même l'éparpillement de SMUR indépendants devrait faire place à une stratégie de SMUR coordonnés entre eux et capables d'échanger leur personnel.

Enfin une meilleure formation des médecins praticiens à l'urgence doit permettre de réaliser un réseau d'appui sur tout le territoire, cela commence à se faire dans les zones rurales et c'est particulièrement efficace.

— M. GRAFF, Délégué Interministériel à la Sécurité Routière a tout d'abord souligné que M. EYROLLES représente, dans le monde de la route, un symbole pour plusieurs générations d'ingénieurs.

Puis il a indiqué les deux sujets qui le préoccupent actuellement : Le premier concerne l'exploitation de la route, du réseau routier français. Le maillage de ce réseau se poursuit et les usagers souhaitent que le Ministère relève le déficit qui se présente à lui : recueil de données du trafic, traitement de l'information et diffusion de celle-ci.

M. GRAFF pense que la Borne d'Appel d'Urgence est l'élément de base d'un matériel d'exploitation de la route, et devrait évoluer de par sa nature et les fonctions qu'elle peut rendre. C'est pourquoi il compte s'appuyer encore plus que dans le passé sur le Secours Routier Français qui peut jouer un rôle dans l'exploitation de la route.

De plus, il est convaincu qu'il faut développer le réseau des Bornes d'Appel d'Urgence, poursuivre l'effort d'équipement déjà entrepris et si possible accélérer les réalisations annuelles.

Le deuxième souci de M. GRAFF concerne la Sécurité Routière et, à ce sujet, il a souligné l'intérêt de la Commission Médicale du Secours Routier Français où des représentants de différents Ministères se retrouvent et peuvent parler librement des problèmes d'alerte et de secours. Il pense donc que toutes les réflexions importantes sur l'alerte et les secours doivent passer par cette commission qui, dans ce domaine sera son conseiller privilégié.

M. GRAFF conclut que le Secours Routier Français avait de beaux jours devant lui puisque d'une part il a besoin de l'Association et que d'autre part, l'exploitation du réseau routier est à étudier sérieusement. Au nom de M. BERTHIER et du sien, il remercia vivement M. EYROLLES de tout ce qu'il a fait pour les agents du Ministère de l'Équipement qui, globalement lui doivent beaucoup.

— À l'issue de ces deux discours, M. EYROLLES a remercié les participants de cette réunion qu'il a voulu amicale en saluant tout d'abord les différents Directeurs des Routes qui l'ont aidé dans la tâche qu'il s'était assignée : secourir les accidentés de la route. Il a rappelé qu'après la création du Secours Routier Français, en une dizaine d'années, le temps moyen de secours aux blessés est passé de 1 h 45 à 20 minutes.

M. EYROLLES a également remercié le 1^{er} Directeur du Secours Routier Français, M. LE TOURNEUR HUGON, décédé, et représenté ce jour là par Mme LE TOUR-

NEUR HUGON. Puis, il a cité M. GRAVEREAUX qui a véritablement développé le réseau des Bornes d'Appel d'Urgence avant de souligner l'action du présent Directeur Général, M. Serge ADAM.

Pour finir, M. EYROLLES a remercié l'ensemble du personnel du Secours Routier Français qui a travaillé activement dans la réalisation des objectifs ainsi développés.

Ces remerciements se sont aussi adressés aux membres de la Commission Médicale (il cite le regretté Professeur ARNAUD) et souligne que cette commission a des moyens, par la présence d'un médecin aspirant et la connaissance de ses différents membres. Toutes ces actions ont, en effet, pour but de diminuer la gravité des accidents et plus particulièrement la mortalité dans la première heure qui suit cet accident. ■



“La route” souhaite à M. EYROLLES une bonne et paisible retraite naturellement bien méritée. Elle lui témoigne sa profonde reconnaissance pour toutes les actions qu'il a lancées et soutenues aussi activement et lui assure que le message est bien passé et sera poursuivi.

Secourisme

Alerter : savoir parler

Professeur Maurice CARA
Président de la
Commission Médicale du SRF

Naturellement le volet « Secours aux victimes, accidentées de la route » comprend, nous l'avons toujours dit, des gestes à accomplir. Mais le premier maillon de la chaîne est bien l'ALERTE et, si la rapidité est un facteur essentiel pour celle-ci, il n'en reste pas moins vrai que le deuxième critère d'une bonne ALERTE est la **qualité du message**.

Cette qualité dépend du contenu que le témoin va communiquer mais aussi du langage utilisé.

C'est pourquoi l'article du Professeur Cara nous semble très intéressant : il peut s'adresser aux témoins mais aussi aux acteurs de la chaîne des secours.

Serge ADAM

Il faut savoir parler pour donner une alerte efficace, malheureusement les trois quarts des gens ne savent pas parler.

M. CARA

L'homme se distingue de l'animal par la parole, support de la pensée rationnelle : c'est la parole qui ouvre à l'individu les immenses ressources de l'humanité. En cas de péril elle permet de demander une aide circonstanciée, elle est alors salvatrice. La voix ne porte pas loin mais grâce au téléphone sa portée devient très grande, c'est pourquoi le Secours Routier Français s'emploie à équiper les routes de bornes d'appel d'urgence. Mais une récente recherche à partir des enquêtes Réagir nous a mon-



tré que dans les trois quarts des cas l'alerte est mal donnée parce que les gens passent parfois devant des bornes d'appel sans les voir et surtout parce qu'ils ne donnent pas l'alerte de façon claire : les retards peuvent être considérables, ils retardent les secours efficaces. L'enseignement du langage pour l'alerte paraît donc une nécessité afin d'améliorer l'efficacité des secours.

Bien que l'apprentissage de la parole soit à la base de l'éducation qui, a dit DANTON, est le premier besoin du peuple, force est de constater que l'enseignement du langage est trop négligé. Or depuis que DANTON a prononcé ces paroles, le progrès a beaucoup développé l'usage de la parole car le téléphone prend le pas sur la transmission écrite infiniment trop lente. Ainsi l'apprentissage de la parole devient

encore plus nécessaire parce que la conversation téléphonique est notablement moins aisée que le discours direct entre des interlocuteurs qui se font face : ces derniers modulent la parole par des intonations et la complètent par des mimiques et des gestes tandis que l'environnement situe la conversation dans un cadre qui rend bien des choses tellement évidentes qu'un mot incomplet suffit à les évoquer. Il en est tout autrement au téléphone parce que la voix est déformée et monotone du fait des distortions des circuits et surtout parce que, le contact visuel étant impossible, la mimique et les gestes sont occultés et que l'environnement doit être décrit de façon claire. Bref tout le monde sait qu'il est plus difficile de s'exprimer à travers un microphone qui masque au correspondant sans visage le reflet de sa parole : on ne sait

pas si l'on est vraiment écouté.

Lorsqu'on appelle au secours, et dans tous les actes de la vie de relation en général, se faire comprendre par le plus grand nombre de personnes possible est indispensable. Mais depuis une cinquantaine d'années on a progressivement perdu de vue ce rôle fondamental du langage pour l'instruction publique. Les instituteurs se plaignent d'avoir à apprendre le français à des enfants qui parlent souvent une autre langue à la maison : croient-ils que leurs anciens aient eu une tâche plus facile lorsqu'ils faisaient la classe aux petits paysans qui, pour la plupart, ne parlaient à la maison qu'un patois souvent fort éloigné du français véhiculaire officiel, utilisaient souvent un vocabulaire tout à fait différent (corse ou breton) et, parfois une langue de syntaxe différente (alsacien ou basque). Par un retour en arrière mal justifié, des « indépendantistes » prônent un retour aux vieux parlers vernaculaires (patois ou dialectes locaux), plus savoureux, plus colorés, qui fleurissent bon le terroir. Certes ces langues doivent être sauvées de l'affadissement scolaire : le bilinguisme a toujours été enrichissant car on manie d'autant mieux la langue véhiculaire que l'on emploie à la maison un parler vernaculaire décontracté. L'exemple de la pureté du français manie par les africains francophones est là pour le souligner. De même la pureté tant vantée de la langue du XVIII^e nous paraît en bonne part être due à ce que les parlers populaires du royaume de France n'était alors pas le français véhiculaire. D'autres, par facilité, proposent l'usage généralisé de parlers vulgaires plus expressifs avec des expressions argotiques drôles. Une langue doit « vivre », disent-ils, donc se transformer : pour eux, le français véhiculaire « est *ringard*, vive la langue populaire ! » Pourtant, la langue incorpore tous les jours les nombreux néologismes qu'impose le progrès technique et l'évolution des idées sociales. Point n'est besoin de surcharger le français véhiculaire de mots mal formés souvent éphémères issus de l'argot et propagés par les *média*. De toute façon il ne faut pas regretter le français du XVIII^e siècle : un « honnête homme » ne pourrait comprendre notre français, ce

n'est pourtant pas une autre langue mais les mots que nous employons tous les jours seraient vides de sens pour lui (ampoule électrique, automobile, cinéma, avion, radio, appendicite, SIDA, etc.). Enfin que dire du « français hexagonal », truffé d'expressions ronflantes et de mots ambigus mal définis ou vides de sens pour mieux endormir les électeurs ou les administrés : c'est la « langue de bois » qui indispose tant mais qui reste un efficace outil politique.

Les enseignants sincères évitent ces pièges mais comme ils doivent faire ingurgiter à leurs élèves des programmes surchargés de connaissances modernes (mathématiques, scientifiques, biologiques, sociales), ils n'ont plus le temps de porter attention à la pureté d'une langue que leurs maîtres n'ont déjà pas su défendre. C'est perdre de vue que la langue outil essentiel de toute communication (« Au début était le Verbe » — Évangile selon Saint Jean) passe avant l'orthographe, le calcul et les sciences. En ce qui concerne les secours d'urgence, parler de façon compréhensible, c'est-à-dire en français en France, est ce qui est indispensable. Certes le développement du trafic international amène de plus en plus de gens parlant mal ou pas du tout le français à utiliser les bornes d'appel d'urgence : la diversité des langues d'Europe entraîne de réelles difficultés en matière d'alerte, nous y reviendrons car le problème n'est pas insoluble et, en tout cas les bornes d'appel d'urgence du Secours Routier Français ont été dotées d'inscriptions en anglais et en allemand sur les principaux itinéraires. La situation est elle plus difficile qu'elle ne l'était autrefois quand une multitude de parlers locaux avaient pris le pas sur le latin ce qui entravait la circulation de l'information et la diffusion des idées au sortir du Moyen Âge ? MOLIÈRE a illustré cocassement ces parlers dans M. de POURCEAUGNAC (1669), pourtant la volonté politique de créer un français véhiculaire, c'est-à-dire compréhensible de tout le monde, est née avec l'ordonnance de Villers-Cotterêts (1539). Depuis cette volonté politique s'est maintenue sous tous les régimes, renforcée par l'instauration du système métrique pendant la Révolution. Sous

l'impulsion de Jules FERRY, on obligeait encore les enfants à parler français, dans les cours de récréation, au début du siècle. A l'heure actuelle, le français est ainsi enseigné dans les pays d'Afrique francophone où il permet une indispensable communauté d'expression entre des peuples qu'une diversité de parlers vernaculaires séparent. Malheureusement au cours de ces dernières décennies le laxisme s'est progressivement installé à l'école : il en résulte que les gens ne savent plus parler correctement. Il n'y a qu'à écouter les commentaires de la radio ou lire les journaux pour s'en convaincre. Enfin, ce n'est pas en apprenant l'anglais qu'on se tirera d'affaire car l'anglais ce n'est pas la langue universelle que certains pensent. En effet, une dualité de langue se développe de plus en plus entre les États-Unis et l'Angleterre et l'on va vers des difficultés de compréhension entre anglophones : en matière de route, par exemple, aux États-Unis, comme en France et à peu près partout dans le monde, on marque *Stop*, mais c'est *Halt* en Angleterre.



Tout cela est banal, la nécessité de parler le français en France paraît une exigence surannée, malheureusement les faits sont là : des dizaines de milliers de blessés de la route sont mal secourus parce que, les gens s'exprimant mal, l'alerte est mal formulée. Le Secours Routier Français fait un effort considérable pour doter les routes de bornes d'appel d'urgence, reliées généralement à la gendarmerie locale. 3 500 bornes sont déjà installées, la moitié des routes nationales en sont déjà équipées, il y a même des bornes d'appel sur certaines routes secondaires. De plus toutes les autoroutes sont équipées de bornes d'appel ayant gardé le même aspect. Grâce à cela les délais d'alerte ont été considérablement réduits et devraient normalement être de quelques minutes si les gens utilisaient plus couramment les bornes d'appel, malheureusement dans un quart des cas ils perdent du temps à chercher un téléphone privé alors qu'ils sont passés devant une ou plusieurs bornes sans s'y arrêter. Mais à quoi donc peut servir cet effort d'équipement lorsque les sauveteurs perdent encore des dizaines de minutes pour retrouver une victime parce que le message d'alerte était trop vague dans les trois quarts des cas. Il en résulte des retards considérables, parfois des suraccidents, et les blessés en subissent tous des conséquences qui alourdissent le traitement. Certains meurent qui auraient pu être sauvés, d'autres présentent des complications graves assez souvent génératrices de séquelles invalidantes ; de toute façon les délais d'hospitalisation sont prolongés et les traitements sont notablement plus onéreux : les conséquences affectives et sociales sont lourdes. L'une des principales causes au retard des soins efficaces reste en définitive la mauvaise qualité du message d'alerte : cela ne dépend ni de l'équipement des routes ni de l'organisation des secours, seuls les usagers en sont responsables car ils emploient trop souvent des expressions elliptiques ou vagues qui constituent des messages trop flous pour être convaincants. On ne dit pas si la route est obstruée, s'il y a des victimes et bien souvent le lieu exact de l'accident est si mal précisé qu'il faut envoyer quelqu'un en éclaireur



pour en retrouver l'endroit avant de déclencher les secours. Mais, si l'on emploie les bornes d'appel, la gendarmerie sait généralement à très peu près où se situe l'accident (il y a une borne tous les 4 km sur les routes et tous les 2 km sur les autoroutes), il est alors possible de donner un assez bon bilan en quelques phrases précises :

— « Nous avons vu un accident à tel endroit » (préciser la situation à partir de la borne d'appel).

— « Les véhicules sont encore sur la route ou non » (préciser si la route est obstruée, si les véhicules sont renversés ou non, s'il s'agit de camions et de quelle taille, etc.).

— « Nous avons pu parler avec les victimes » (elles sont donc conscientes) ou, au contraire « il y a un ou plusieurs blessés inconscients ».

— ... L'appelant répondra alors de son mieux aux questions que lui poseront les services de secours. Ces questions doivent être simples, précises et ne pas concerner les détails secondaires (identité exacte de l'appelant,

par exemple) : les préposés des services de secours devraient aussi savoir parler avec l'appelant... entre eux.

La loi du 6 février 1986 impose une coordination entre les différents services chargés des secours : police (ou gendarmerie), pompiers et médecins de l'aide médicale urgente (SAMU) mais cette coordination est encore mal faite et est souvent de mauvaise qualité du fait de la pauvreté des messages déformés par les relais. Or les bornes actuelles du Secours Routier Français sont rappelables contrairement aux bornes d'appel de conception ancienne qui subsistent encore sur certaines routes et qui sont utilisées sur les autoroutes : si elles étaient bien employées elles permettraient d'organiser effectivement et immédiatement une bonne coordination (mise en conférence, possibilité de faire appel à un centre de traduction comme cela se fait dans les Compagnies d'Assistance) entre les services de secours et le témoin. Tout cela repose encore sur le personnage essentiel qu'est le témoin auquel il faut que chaque service puisse poser les questions qu'il juge essentielles. Enfin, la loi (article 63 du Code Pénal — non assistance à personne en péril —) sanctionne le témoin qui ne porte pas assistance ou ne déclenche pas des secours aux victimes en péril. Cela suppose pour le moins que le témoin sache donner l'alerte : autrement dit, **le témoin doit savoir parler**. C'est pourquoi le Secours Routier Français entreprend une action d'**initiation à l'assistance des victimes en péril** pour apprendre comment **protéger**, s'il y a lieu, les victimes, **alerter** correctement et rapidement les services de secours et assurer la survie des victimes en évitant des gestes dangereux et en faisant au contraire quelques gestes très simples.

Nous espérons, sans trop y croire, que l'école élémentaire apprendra aux enfants à téléphoner correctement, c'est plus facile et moins onéreux que de leur apprendre l'informatique, et que les générations futures seront mieux formées à manier une langue efficace qu'elles ne le sont actuellement. Pour le présent c'est aux usagers de la route que nous nous adressons en espérant améliorer leur langage pour donner l'alerte. ■

La fin de ce texte publié il y a déjà 20 ans rappelle l'effort immédiat à entreprendre dans notre pays :
« C'est pourquoi le SRF entreprend une action d'initiation à l'assistance des victimes en péril pour apprendre comment protéger, s'il y a lieu, les victimes, alerter correctement et rapidement les services de secours et assurer la survie des victimes en évitant des gestes dangereux et en faisant au contraire quelques gestes très simples ».

Effort, à destination des nouveaux titulaires d'un permis de conduire (environ 800 000 en 2005) toujours remis à plus tard par une administration incohérente et de ce fait, coupable, face à des morts anormales, injustes, inutiles.

Dans un autre texte paru dans le numéro de juillet 1986, le Professeur Maurice CARA revient sur la médicalisation des secours d'urgence mais précise 1960 (au lieu de 1957) à propos de la médicalisation mise en place par Paul BOURRET à Salon de Provence – preuve que l'on peut involontairement se tromper (ce qui est souvent le cas à propos des diverses expériences de mise en place de SAMU dans différentes grandes villes et agglomérations).

Sur l'historique, il rappelle la date de la première intervention du Professeur ARNAUD au congrès de chirurgie de 1957 avec les « polytraumatisés de la route » et la tuerie routière.

Il évoque le rôle du Professeur SERRE dans la réalisation du « dépliant » du SRF – dont il est reproduit la première page – dépliant très souvent publié dans les documents du CAPSU -, et du Docteur ANTONIETTI*1.

On apprendra la présence, au sein de la commission médicale du SRF, de M. THEVENET, associé de ce fait à la sortie du dépliant relatif aux accidentés de la route, alors qu'il a contribué à bloquer le concept des « 5 gestes » (?). On notera avec intérêt les précisions du Professeur CARA sur le risque de mort par hémorragie externe (4^{ème} des 5 gestes).

La photo souvenir, très nette, nous permet de revoir M. Robert DEJOUR, à droite, ainsi que M. René COIRIER*2 du ministère de la Santé et bien évidemment le Professeur Marcel ARNAUD.

Le SRF est devenu très vite pour Marcel ARNAUD un moyen de diffuser sa doctrine et notamment son enseignement de secourisme routier.

Ainsi, dans le n° 61 du 3^{ème} trimestre 1977, juste après son décès (le 18 août), reprenant un titre déjà utilisé « Au secours des blessés de la route », on y trouve en détail (une seconde partie) toutes ses réflexions :

La connaissance des polytraumatisés de la route, la connaissance nécessaire par le secouriste de notions d'anatomie et de physiologie, l'avantage de la ventilation orale, des précisions sur la LVA, la face et ses « clignotants d'alerte »Et tout cela, quelques semaines avant sa mort.

Page 11 un communiqué annonce la relève prise par le Professeur CARA pour la commission médicale avec l'aide active du Professeur Louis SERRE.

Parmi les membres de la Commission médicale du SRF, je connaissais le Professeur SERRE, le Docteur ALBA (que j'avais rencontré à plusieurs reprises lors de mes entretiens réguliers à la délégation à la sécurité routière dirigée par Christian GERONDEAU – voir 9^{ème} mémoire), Le Docteur DUFRAISSE (A Nainville, en 1971, puis le 18 août 1987 à Marseille – voir tome III). Je ne fis la connaissance du Docteur MARTINEZ-ALMOYNA, du SAMU de Paris, qu'au début des années 80 suite à une visite du SAMU avec l'ASAR ; nous nous étions revus à Lille lors d'une journée sur les secours d'urgence dans les entreprises puis, à l'aéroport de Mexico lors de notre retour après notre mission lors du tremblement de terre. Je fis la connaissance effective du Docteur André SOUBIRAN, après nos échanges téléphoniques, lors de sa venue à Lys lez Lannoy pour le 18 août 1985.

*1 Voir le 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent qui revient en détail sur cette période (2 parties, septembre et décembre 2005) – bibliographie.

*2 J'ai correspondu, évidemment, avec M. COIRIER, en charge des « secours d'urgence » et je l'ai rencontré à plusieurs reprises au ministère de l'avenue de Ségur.

La commission médicale du secours routier français



Professeur Maurice Cara
Président de la Commission Médicale,
du Secours Routier Français
Fondateur du SAMU de Paris

Le progrès technique qui s'est fait à la fin du XIX^e siècle nous a amené, entre autres, l'automobile et le téléphone qui se sont d'abord développés indépendamment. Maintenant le téléphone vient à l'aide de l'automobile : tous les systèmes d'alerte, premier maillon de toute chaîne de secours, font de nos jours une place importante au téléphone, voire au radio-téléphone. Rendue nécessaire par l'accroissement du trafic automobile, la création du **Secours Routier Français, en 1954, par Monsieur Marc Eyrolles a permis d'apporter une aide aux usagers de la route** et plus particulièrement aux accidentés du trafic. Son premier Directeur Général Monsieur Letourneur Hugon s'est consacré à la pose de panneaux de signalisation pour indiquer les postes téléphoniques accessibles en cas d'urgence. Cette initiative a conduit aux bornes d'appel téléphonique qui se déploient sur nos autoroutes et aussi les principales routes, avec l'appui de la Direction des Routes. Cette borne d'appel sert de blason au Secours Routier Français et figure sur son « logo ».

Dans le même esprit, le Secours Routier Français a fait très tôt l'acquisition de véhicules de secours (300 au total) qui ont été mis à disposition des grandes organisations publiques ou non-gouvernementales, telle la Croix Rouge Française. Elles sont destinées à porter secours aux usagers de la route, donc, aux blessés. C'est ainsi que, tout naturellement, le Secours Routier Français a été impliqué dans le mouvement qui a permis en trente ans une amélioration spectaculaire de l'efficacité des secours aux blessés. Cette évolution s'est faite sous nos yeux.

Il faut bien se rendre compte que cette amélioration a été de pair avec une véritable révolution dans le domaine des techniques médicales : elles permettent maintenant de sauver des patients jusqu'alors condamnés. En effet, sont apparus progressivement :

- la ventilation artificielle par insufflation (naissance de la réanimation médicale et chirurgicale après l'épidémie de poliomyélite des années 50, puis introduction du bouche à bouche en secourisme vers 1960 et abandon des anciennes méthodes de ventilation artificielles externes) ;

- le massage cardiaque externe (Kouwenhoven 1964 - et abandon du massage cardiaque interne par thoracotomie qui ne se fait plus qu'en chirurgie à thorax ouvert) ;

- les défibrillateurs portatifs (Gurvitch 1960 - en cas d'arrêt cardiaque ils permettent la défibrillation en premier secours) ;

- l'intubation d'urgence en premier secours, la désobstruction trachéale par manœuvres externes (manœuvre d'Heimlich 1974) ;

- la perfusion précoce des brûlés et des hémorragies ;

- l'abandon du garrot (sauf cas exceptionnels où la compression externe reste inefficace) ;

- etc.

Ces nouvelles techniques nécessitent souvent la présence d'un médecin spécialisé (cette nouvelle spécialité a été appelée oxylogie par Gabor - 1967) car elles dépassent les possibilités des secouristes et des vieux médecins qui n'ont pas été formés à cette médecine nouvelle. Cette médecine nouvelle commence à faire l'objet d'un enseignement dans les Facultés de Médecine. Bref, ces possibilités nouvelles ont conduit à la doctrine de médicalisation des secours d'urgence (appliquée pour la première fois à Salon-de-Provence en 1960 par le Professeur Bourret, élève du Professeur Arnaud - le Professeur Bourret est aussi l'initiateur des enquêtes pluridisciplinaires qui ont été reprises et développées avec le programme « réagir » par Monsieur Pierre Mayet, ancien Délégué inter-ministériel à la Sécurité Routière).

Le Professeur Marcel Arnaud, neuro-chirurgien marseillais, a joué

ACCIDENT DE LA ROUTE



QUE FAIRE ?

les gestes
élémentaires
de survie

SECOURS ROUTIER FRANÇAIS



un rôle important dans ce domaine des secours aux blessés de la route en montrant (Rapport au Congrès National de Chirurgie - 1957) que ces blessés n'étaient pas des blessés « classiques » comme ceux que les médecins et chirurgiens avaient appris à soigner. En effet, du fait de la vitesse, la victime n'est pas seulement la cible de traumatismes : c'est un projectile qui subit à l'intérieur de son corps les effets d'une décélération brutale. C'est donc un polytraumatisé porteur de lésions multiples qui ne sont plus en rapport direct avec les points d'impact. Ainsi, outre les lésions visibles, il y a arrachement des viscères au cours de la décélération (il provoque des hémorragies profondes nécessitant la chirurgie) et des fractures ou des luxations à distance (notamment au niveau de la colonne vertébrale) qui peuvent être facilement mortelles ou gravement incapacitantes si l'on perd du temps ou si l'on fait une manœuvre intempestive en cours du dégagement ou de transport du blessé. La connaissance de ces faits a amené une refonte de l'enseignement du secourisme : c'est à cette tâche que se sont attelés les Professeurs Marcel Arnaud, Pierre Jolis et Louis Serre avec l'appui du Médecin Général Genaud, conseiller auprès de la Protection Civile et de Monsieur Dejour, ancien journaliste et créateur de « La Route » qui est devenu la revue du Secours Routier Français. C'est ainsi qu'est née une première spécialisation en secourisme, adaptée aux besoins spécifiques de ces blessés de la route : le secourisme routier. Avec l'aide du Professeur Serre et de Monsieur Paul Franchetterre (Moniteur National de Secourisme F.N.P.C.) le Professeur Arnaud a consacré le reste de sa vie à l'enseignement du secourisme routier au sein du Secours Routier Français.

Pour renforcer cette action, Monsieur Gravereaux, Directeur Général du Secours Routier Français, a créé en 1966 le Comité Médical dont, tout naturellement, le Professeur Arnaud a pris la tête. A ses côtés se trouvaient Messieurs Dejour et Franchetterre, le Docteur André Soubiran (Président de l'Automobile Club Médical Français) les Professeurs Louis Serre, Pierre Jolis (auteur du manuel de secourisme de la Croix Rouge Française) et Cara (fondateur du SAMU de PARIS).

Après la mort du Professeur Arnaud puis celle de Monsieur Dejour la Commission Médicale est



La première commission médicale, de droite à gauche : MM. DEJOUR, GRAVEREAUX, COIRIER, le professeur ARNAUD et l'ingénieur général ARNAU.

entrée en sommeil. Mais Monsieur Serge Adam, nouveau Directeur Général (1983) du Secours Routier Français n'est pas resté inactif : poursuivant l'œuvre entreprise, il l'a encore développée, avec l'aide du Professeur Serre et du Médecin-Colonel Jacques Antoniëtti (détaché du Ministère des Armées auprès du Délégué inter-ministériel à la Sécurité Routière et auprès de la Direction Générale de la Santé pour assurer les liaisons inter-ministérielles), en mettant au point et en diffusant un dépliant pour rendre l'alerte plus efficace et faire connaître les gestes élémentaires de survie.

A l'occasion de l'Année Européenne de la Sécurité Routière, la Commission Médicale a été revigorée : à côté des membres restants, des personnalités nouvelles ont été appelées. Le nouveau Comité a été mis en place le 30 janvier 1986 par Monsieur Marc Eyrolles (Président du Secours Routier Français) et de Monsieur le Professeur André Sicard, de l'Académie de Médecine (ancien Président de l'Académie de Médecine, Président de la Société de Médecine du Trafic). Après élections, la composition du Comité de quinze membres est la suivante :

Président d'honneur - M. le Pr. André Sicard
Président - M. le Pr. Maurice Cara,
Vice-Présidents - MM. les Dr. Jacques Antoniëtti et Pr. Louis Serre
Secrétaire - M. Serge Adam
Membres : Pr. Bourret, M. Franchetterre, Dr Giroud (Directeur du SAMU de Pontoise), Dr. Hennequin (Directeur du SAMU de Blois), Pr. Jolis (Vice-Président

de l'Université Paris VII), Dr. Menthonnex (Directeur du SAMU de Grenoble), Dr. Mouterde (Direction de la Sécurité et de la Circulation Routières au Ministère de l'Équipement, du Logement, de l'Aménagement du Territoire et des Transports) Pr. Petit (Directeur du SAMU de Lyon), Dr Soubiran et M. Thévenet (Direction de l'Enseignement à la Croix-Rouge Française).

Depuis sa mise en place le Comité n'est pas resté inactif : sous la vigoureuse impulsion de Monsieur Serge Adam, il a repris et amélioré le dépliant sur l'alerte et les Gestes Élémentaires de Survie. Ce dépliant va être tiré à plusieurs millions d'exemplaires et largement diffusé, il a fixé la doctrine médicale du Secours Routier Français qui est essentiellement de réduire le nombre de victimes de la route et parmi elles de réduire au maximum le nombre des morts indues et la gravité des séquelles. Cet effort est d'autant plus nécessaire que la France n'est pas en bonne place au sein de la Communauté Européenne en ce qui concerne le nombre des accidents de la route, même si l'effort sur les secours a permis de réduire en France de façon nette le nombre des morts. En effet une alerte plus précoce, une meilleure coordination des secours, amenant une médicalisation compétente et effective plus rapide, devraient permettre de réduire non seulement le nombre des morts mais encore les durées d'hospitalisation et la gravité des séquelles.

La Commission Médicale a entrepris une analyse des résultats de l'enquête « réagir » qui portent sur plus de 7 000 enquêtes : déjà

près de 5 000 sont enregistrées dans les banques de données mais elles restent pratiquement inexploitées. Il sera vraisemblablement possible de déterminer ainsi plus exactement les points faibles de la chaîne des secours, à partir de l'instant initial de l'accident, c'est-à-dire pour savoir combien de temps le blessé est resté sans soins efficaces. Cette donnée est primordiale pour le pronostic vital car la plupart des blessés de la route présentent des hémorragies externes et, souvent internes comme nous l'avons vu. Or, rien n'est plus inexorable qu'une hémorragie que l'on ne contrôle pas : on peut mourir d'une plaie du cuir chevelu, si l'on ne la comprime pas, ou, surtout, d'une hémorragie abdominale qui, elle, est au-dessus de toute manœuvre de secourisme.

L'hémorragie pose un problème classique de robinet, car la réserve de sang de notre organisme est restreinte (5 litres), ce qui fait que la pression sanguine baisse au fur et à mesure que le sang s'écoule. Quant la pression est trop basse le cerveau puis le cœur ne sont plus alimentés. Après une hémorragie d'environ 2 litres de sang, surviennent une perte de conscience puis, peu après, un arrêt cardiaque. Et quand le cœur s'arrête la mort du cerveau se produit dans les trois minutes... Après ce délai, tous les moyens les plus perfectionnés de réanimation entre les mains des meilleurs médecins ne servent à rien, si ce n'est à maintenir artificiellement un état de coma dépassé ou, pire, un état végétatif (plus d'un millier en survie actuellement en France).

Tout dépend finalement du débit de la perte sanguine, c'est lui qui fixe inexorablement le temps qui reste à

vivre : **une hémorragie de moyenne importance tue en une demi-heure.** Mais trente minutes sont vite écoulées et comme en zone rurale les secours mettent à peu près vingt minutes pour arriver, il faut bien avouer qu'il reste très peu de temps à l'alerte sur nos routes. Bien plus, malgré et justement à cause de l'efficacité actuelle de la réanimation médicale, dans bien des cas des secours trop tardifs permettent seulement une survie artificielle, ce qui est pire que la mort. Bref il n'y a que trois solutions pour organiser les secours :

— l'on réalise des secours efficaces et il faut que l'alerte soit très rapide ;

— sinon il vaudrait mieux ne rien faire et laisser mourir ces blessés, mais cette solution est moralement et légalement inacceptable (Art. 63 du Code Pénal : abstention fautive - encore appelée « non-assistance à personne en danger ») ;

— la pire solution est un système de secours qui fonctionne à peu près, comme on le voit trop souvent encore,... même si chaque service de secours s'enorgueillit de partir « dans la minute »... qui suit l'appel ! C'est alors que l'on risque le plus fréquemment d'aboutir à une survie végétative, preuve irréfutable d'inefficacité des secours.

Lorsqu'ils reçoivent un blessé, les médecins peuvent en général juger si les secours ont été efficaces mais il ne voient pas les morts qui se produisent avant l'arrivée à l'hôpital et, en France, l'autopsie est très rarement faite : aussi les médecins ne se préoccupent, en général, que des soins à donner aux

survivants. C'est pourquoi les statistiques ne permettent pas de déceler **les morts indues**. Bien plus, la plupart des observations médicales sont inexploitées dans ce but car le délai écoulé entre l'accident et les premiers secours efficaces reste en général non précisé ou du moins très généralement mal estimé. Seules les enquêtes « réagir » fournissent des données précises sur ce point essentiel pour édifier une politique des secours. Le Comité Médical du Secours Routier Français espère donc pouvoir dégager des résultats incontestables de la recherche entreprise : ces résultats devraient permettre d'améliorer rationnellement les secours. On voit trop souvent, en effet, des secours peu efficaces malgré la compétence des personnels : par suite d'une compétition mal contenue chaque service de secours désire s'imposer. Mais dans la chaîne de secours, personne n'est à même de faire, tout seul (si bénévole, si titré ou si gradé soit-il), face à la situation.

Certes, pour améliorer les choses, il faudra user de persuasion auprès du public, des organisations gouvernementales ou non qui concourent à la sécurité routière et aux soins aux blessés de la route. Ainsi, nous n'oublions pas le côté préventif : collaborer aux actions qui tendent à supprimer les causes et complications des maladies est la tâche la plus utile des médecins. Notre objectif est de réduire le nombre et la gravité des accidents, ainsi que la mortalité, la gravité des blessures et les séquelles évitables. Pour cela il faut réduire le temps perdu qui entraîne des morts indues. Cela passe nécessairement par une **amélioration de l'alerte**.



AU SECOURS DES BLESSÉS DE LA ROUTE

Destinés à fournir à nos lecteurs quelques-unes des bases essentielles à l'enseignement du secourisme routier, les textes ci-dessous, placés comme les précédents sous la responsabilité scientifique et technique du regretté Professeur Arnaud, font suite à ceux parus dans le n° 60 de « La Route ».

Il s'agissait des sujets suivants :

1 — Résumé d'un exposé destiné à l'enseignement et à la formation des secouristes.

2 — Plan d'un exposé destiné à l'enseignement du secourisme.

3 — Plan détaillé d'un exposé destiné à la formation des secouristes.

Si la mort a malheureusement interrompu l'œuvre de l'auteur de ces Notes « aide-mémoire », c'est rendre hommage à la mémoire de notre grand ami que de les diffuser, et cela constitue pour nous une raison supplémentaire de le faire.

NOTES "AIDE-MÉMOIRE" DE SECOURISME

sous la direction du Professeur Marcel Arnaud

(suite)

4° RESUME D'UN EXPOSE DESTINE A L'INITIATION DES ELEVES-SECOURISTES EN SECOURISME ROUTIER.

★ Les **POLYTRAUMATISES** de la route réalisent un **mélange de fracas directs, de fracas indirects et d'altérations diverses** (ces dégâts et désordres sont coexistants et souvent superposés).

I. - Les **fracas directs** :

fractures (avec ou sans dégâts des parties molles) aux points **directement frappés**.

II. - Les **fracas indirects** :

ruptures osseuses (avec ou sans dégâts des parties molles) en des points **éloignés des chocs à distance**.

III. - Les **altérations par ondes de choc extensives et répercutives** :

rebonds internes avec propagation centripète de ces ondes de choc aux divers viscères (cerveau surtout).

★ Les **fracas et altérations**

- **s'accompagnent ou non de saignements** (hémorragies internes ou externes),
- **provoquent toujours des troubles dans les fonctions des tissus fracassés ou répercutivement altérés.**

5° PLAN DETAILLE D'UN EXPOSE (ENSEIGNEMENT ET FORMATION DE SECOURISTES).

BIOLOGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

I. **DEFINITION** : Système (ensemble d'organes) chargé de transformer les aliments en éléments assimilables par les cellules du corps.

Se divise en 2 parties : le tube digestif et les glandes digestives annexes.

II. **TUBE DIGESTIF.**

a) **Constitution**

- bouche (lèvres - dents - langue) ;
- pharynx (partie digestive du carrefour aéro-digestif) ;
- œsophage ;
- estomac (cardia, pylore) ;
- intestin grêle (\pm 6 mètres), duodénum, jéjunum, iléon ;
- gros intestin (colon, cœcum, colon transverse, colon gauche, rectum, anus).

b) **Fonction**

- bouche : mastication — salivation broyeur et mélangeur) ;
- pharynx : déglutition (son mécanisme, dangers des fausses routes) ;

- œsophage : descente du bol alimentaire ;
- estomac : digestion gastrique ;
- intestin grêle : digestion intestinale et absorption par canaux shylifères ;
- gros intestin : préparation des déchets et rejet.

III. GLANDES ANNEXES.

a) Constitution

- bouche (glandes salivaires, sublinguales), sous-maxillaire et parotide ;
- estomac (glande à suc gastrique et à Hcl) ;
- pancréas (suc pancréatique) ;
- foie (bile) ;
- intestin grêle (glandes intestinales).

b) Fonction

- Glandes salivaires : salive (prédigestion des amidons et sucres) ;
- Glandes gastriques : suc gastrique (pepsine et acide chlorhydrique) ;
- Glandes pancréatiques : (suc pancréatique, digestion protéines) ;
- Glande hépatique : foie — bile (graisse) ;
- Glandes intestinales : fin de la digestion des amidons et autres.

A la fin, il existe un cyle, transporté dans le sang par vaisseaux chylifères.

- ★ Gros intestin : transformation des résidus en vue de leur évacuation finale (très riche flore microbienne).

(Mai 1977)

N.B. — Ce thème peut être traité en plusieurs séances sous les formes suivantes : Le tube digestif (1^{re} séance) et les glandes annexes du tube digestif (2^e séance) ; ou encore : anatomie du tube digestif (1^{re} séance) et physiologie de la digestion (2^e séance).

6° CANEVAS D'UN EXPOSE DESTINE A L'ENSEIGNEMENT DU SECOURISME

LA COMPRESSION DES MEMBRES (Crush Injury ou Syndrome de Bywaters)

I. DEFINITION

STRICTION par appui prolongé au niveau des masses musculaires des membres et provoquant un ensemble pathologique très particulier dû à l'attrition du tissu musculaire ischémique, contusion intime et anoxie du muscle.

II. CAUSE ET RAPPEL

- a) Chute d'un arbre, renversement tracteur ; surtout tremblements de terre, éboulement ; même appui prolongé d'un membre ou d'un corps l'un sur l'autre, accidents de mines ou carrières, voire sommeil trop profond (ivresse)...
- b) Stockage du sang et de produits toxiques (effet « garrot ») dans le muscle comprimé (myoglobine) ; son lâchage = l'accident pathologique particulier.
- c) urines acides favorisant le blocage de la « myoglobine » dans les tubes du filtre rénal.

III. SIGNES, EVOLUTION

Dès la libération : immense soulagement provisoire de la victime ; puis :

- a) œdème dur,
- b) urines rouges (non sanglantes cependant),
- c) état progressif de shock,
- d) anurie (finalement),
- e) perte de connaissance (coma) et
- f) décès.

Ceci évolue en environ 24 à 48 heures (cas aigus).

IV. CONDUITE A TENIR

- a) Garrot avant libération de la striction (modérément serré, uniquement prévu pour arrêter le sang veineux) ;
- b) Boisson alcaline immédiate (bicarbonate de soude : 4 cuillerées à café par litre) pour alcaliniser les urines (sauf évidemment si trouble de la vigilance) ;
- c) Tenir le membre libéré au froid et même le refroidir ;
- d) Transport à l'hôpital sans délai (où, sans doute : incisions libératrices des muscles et rein artificiel).

V. CONCLUSION

Evénement toujours très grave (40 à 60 % de décès autrefois).

(Révisé en mai 1977)

7° CANEVAS DESTINE A UNE CAUSERIE AU COURS D'UN ENSEIGNEMENT A SECOURISTES.

LE BOUCHE A BOUCHE OU LE BOUCHE A NEZ

- I. DEFINITION : Procédé de réanimation artificielle contrôlée ou assistée par insufflation orale.

Son énorme avantage est qu'elle est instantanée et ne nécessite aucun matériel. Dans la plupart des cas, on peut à volonté user, soit de la ranimation « bouche à nez », soit de la ranimation « bouche à bouche ».

II. RAPPEL : On estime aujourd'hui qu'il n'y a pas d'autre procédé valable de respiration assistée ou artificielle que ces procédés oraux. (On ne parle plus des « procédés manuels » que pour mémoire).

III. BIOLOGIE : Entrée sous pression positive (insufflation) de l'air ventilé par le sauveteur (environ 500 cm³) et contenant en moyenne 18 % d'O₂, si inspiration profonde. (Pour mémoire dans les procédés manuels : entrée = 300 cm³ maximum).

— 2 styles de formes d'insufflation :

★ l'une : assistance (aide) à une ventilation existante mais insuffisante.

★ l'autre : suppléance (prothèse) d'une ventilation arrêtée.

IV. INDICATIONS : Toute dette en oxygène doit être remboursée aussitôt et avant si possible le déclenchement d'une détresse respiratoire (ventilation à rythme perturbé, inspirations courtes, coloration de la peau et muqueuses changées d'abord, puis perte de vigilance (coma). Ensuite, trouble du pouls, dilatation des 2 pupilles et finalement inefficacité et arrêt du cœur). Asphyxie signifie éthymologiquement : absence de pouls.

Avantages :

- simple,
- sans matériel,
- très efficace s'il n'y a aucun obstacle sur les voies aériennes,
- possible dans toutes les positions (couché ou assis).

Inconvénients :

- répulsion parfois,
- parfois difficultés immenses (fracas de la face).

V. TECHNIQUES :

- 1) Il est essentiel, il est capital de **préalablement dégager les voies aériennes hautes** (corps étrangers, dentiers, langue, liguide) au doigt ou à l'aspirateur.
- 2) Renverser la tête en arrière (mais, si accident traumatique, attention aux vertèbres du cou = traction de la tête dans l'axe précède alors le renversement de la tête en arrière).

- 3) Propulser la mandibule en avant (et non pas « luxer » qui est une inexactitude).
- 4) Faire une forte inspiration, puis souffler dans la bouche, lèvres contre lèvres (nez obturé), ou dans le nez (bouche obturée).
- 5) Après s'être assuré à la vue que le thorax s'est gonflé, abandonner un instant la victime, qui spontanément expirera l'air qu'elle a reçu.
- 6) Recommencer 12 à 16 fois par minute (plus souvent chez les enfants).
- 7) Poursuivre aussi longtemps qu'une respiration spontanée et efficace ne sera pas obtenue, ou bien tant qu'on ne possède pas un masque avec soufflet à main, qui viendra remplacer le « bouche à bouche » ou le « bouche à nez ».

VI. CONCLUSION :

« Procédé roi » de ranimation pour le secouriste (don du souffle).

Mérite ce titre à cause :

- 1) de son efficacité en grande urgence,
- 2) de la simplicité de ses manœuvres,
- 3) du fait qu'il peut être pratiqué dans toutes les situations et par n'importe qui.

Si toute dette en oxygène est aussitôt remboursée par « bouche à bouche » ou par « bouche à nez » par le secouriste, les chances augmentent de voir diminuer les arrêts cardiaques secondaires et, par conséquent, les motifs de « massage cardiaque externe » tardif.

★ Mais attention de toujours, au préalable, s'être assuré de la liberté des voies aériennes hautes.

(Mai 1977)

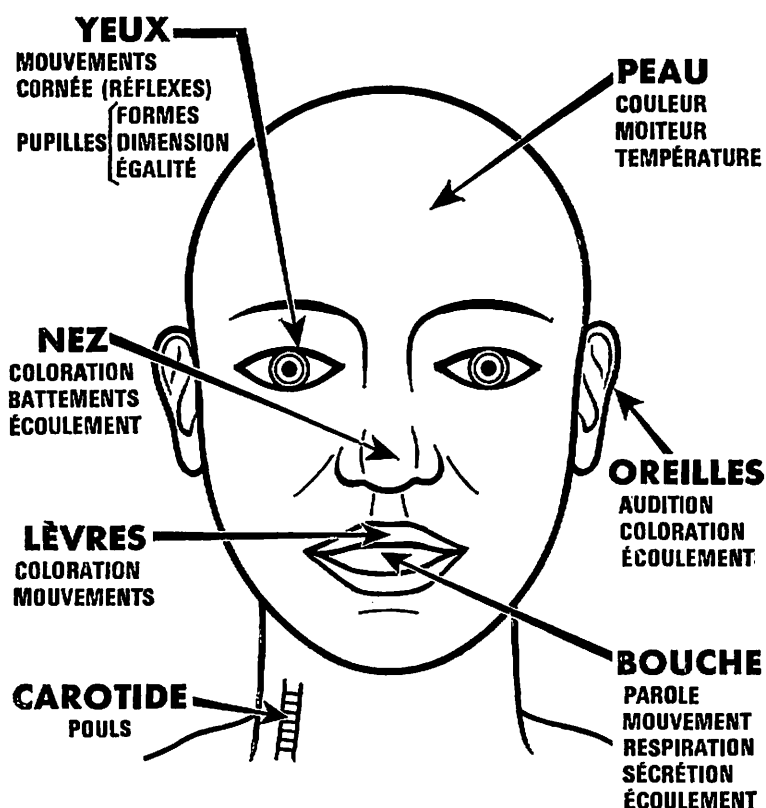
8° THEME SCHEMATISE DEVANT SERVIR A LA FORMATION ET A L'INSTRUCTION DE SECOURISTES.

LA VIE

C'EST LA CONJONCTION :

- a) Des éléments NUTRITIONNELS (transformés par malaxage et par digestion en MOLECULES ASSIMILABLES) ;
- b) Des éléments de COMBUSTION (O₂) assemblés les uns aux autres, grâce au transporteur sanguin, **QUI CONSTITUE LE PHENOMENE DE LA VIE** (fonction reproductrice exclue).

la face des victimes et leur tableau de bord qui porte sept clignotants d'alerte



LES APPORTS :

- a) Des éléments nutritionnels (énergétiques) sont déversés dans le sang artérialisé (via les vaisseaux chylifères).
- b) Des éléments essentiels aux COMBUSTIONS (Oxydants O₂) surtout combinés à l'HEMOGLOBINE, SONT CHARRIÉS PAR LE SANG.
- c) Après l'exécution de ces actions BIOLOGIQUES, il s'effectue une FILTRATION EPURANTE des nuisances (reins et foie) complétée par un TRANSPORT EVACUATEUR des gaz usés (déchets des combustions : CO₂).

LE VECTEUR :

Ici et là, C'EST ENCORE LE SANG qu'est le transporteur. Cela signifie l'existence d'une très intime harmonie entre les fonctions des systèmes participant A LA VIE : systèmes : circulatoire, respiratoire, digérant et épurateur.

Le tout animé et harmonisé par des INFLUX sous commande NEURO-VEGETATIVE.

(Mai 1977)

COMMISSION MÉDICALE DU SECOURS ROUTIER FRANÇAIS

Ce sont MM. les Professeurs Maurice Cara, Professeur d'anesthésiologie, Directeur du S.A.M.U. de Paris et du Laboratoire Expérimental de Physique de l'Assistance Publique (Faculté de Médecine Necker - Enfants-Malades), et Louis Serre, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier (section anesthésiologie), Directeur du S.A.M.U. de Montpellier, Médecin-Chef du Service Départemental d'Incendie et de Secours, qui ont accepté de poursuivre, à la présidence de la Commission Médicale du Secours Routier Français, l'œuvre entreprise par le Professeur Marcel Arnaud, en vue de la sauvegarde des accidentés de la route.

Ils seront assistés, dans leur tâche, à la Commission, par :

- le Médecin-Chef Gabriel Alba, Conseiller militaire technique du Directeur de la Santé, Chargé de mission auprès du Secrétaire général du Comité interministériel de la Sécurité Routière ;
- le Docteur Dubarry, Ministère de l'Équipement — Sous-Direction de la réglementation de la conduite

- et de la formation des conducteurs — Contrôle général des examens médicaux du permis de conduire ;
- le Docteur Pierre Dufraisse, Vice-Président de la Commission Médicale de la F.N.S.P., Médecin-Chef du Service Départemental de Secours et de Protection contre l'Incendie ;
- le Docteur Martinez-Almoyna, du S.A.M.U. de Paris ;
- le Docteur M. POISVERT, spécialiste en anesthésiologie, Directeur-Adjoint du S.A.M.U. de Paris ;
- le Docteur Gérard Roux-Dessarps, Rédacteur en Chef de « La Revue du Praticien », journal d'enseignement post-universitaire ;
- le docteur André Soubiran, Président de l'Automobile-Club Médical de France, Président de la Société Française de Médecine et Chirurgie Routière ;
- M. Robert Dejour, responsable de l'enseignement du secourisme routier au S.R.F.

PROJET DE PROGRAMME •• POUR LE BREVET NATIONAL DE SECOURISME

Dans le projet de programme pour l'examen du Brevet national de Secourisme, que nous avons présenté dans notre dernier numéro (60), nous avons omis les points suivants, que nous tenons à souligner, en priant nos lecteurs de nous excuser pour cet oubli :

•• ELEMENTS DE CONNAISSANCE concernant les fractures :

types divers ; dégâts ouverts (exposés) ou fermés ; signes de présomption ; dangers et risques.

Fractures de sièges particuliers.

Conduites à tenir.

Informations concernant les luxations et les entorses : comment les soupçonner et les secourir ?

•• A l'exception des dispositions du décret, dont l'application ne nécessite pas la parution d'arrêtés, aucune modification particulière ne saurait intervenir en ce qui concerne les programmes du brevet national de secourisme et des spécialisations avant la diffusion des textes réglementaires au journal officiel.

La revue « La Route » était bien devenue le vecteur des idées et de l'action de Marcel ARNAUD.

Le n° 50 (4^{ème} trimestre de 1974) avait publié une « mise à jour », du programme de formation des secouristes « routiers », qui était une mention complémentaire au BNS (brevet national) et à la mention – préalable – de ranimation. Ainsi, une dizaine d'années après l'élaboration de son programme, il ajustait, il corrigeait, il améliorait.

La place du « polytraumatisé » est très importante dans ce programme car au cœur de l'action des secouristes routiers. On notera :

- le rôle des premiers témoins « du public », les « gestes qui sauvent », en citant anoxie et hémorragie (soit les 5 gestes) qu'il avait approuvés en 1972 lors de la rencontre avec Robert ARDOINO, Président de l'ANUR, en vue de la campagne nationale (Nancy en septembre) et de la sortie de la première édition de la brochure gratuite.
- le détail des gestes de « pré-secours » (PAS = protéger, alerter et secourir : ABC soit allonger sur le côté (PLS), bouche à bouche et comprimer l'hémorragie). Si ce ne sont pas les « 5 gestes » ?
- la précision de « l'éventualité très exceptionnelle » du garrot (alors que nous sommes revenus en arrière avec les récents programmes de formation).
- l'équipe (commando) de secours routier et son équipement.
- l'éducation du public (sans oublier précisément le permis de conduire – nous sommes en 1974 !).
- dans la pratique, la « mise en position de sauvegarde »*

En 1972 (n° 40) « La Route » avait publié un dialogue saisissant entre le Professeur ARNAUD et le public. L'alerte, le pansement compressif, la LVA, le bouche à bouche...

En 1985, dans le numéro 7 (de la nouvelle série), le Président du SRF, M. EYROLLES, rappelait les étapes de la vie de cet organisme et, page 2, on y trouvait un texte du Docteur FONTANELLA, directeur du SAMU de Montluçon. Et qu'écrivait-il ? :

- « on ne peut que déplorer le bas niveau de la formation individuelle de chaque citoyen en secourisme élémentaire de survie (avec un renvoi (1))...
- ...l'importance fondamentale de l'action secouriste immédiate, sans aucun matériel et réalisable par un quidam ayant bénéficié d'une formation brève mais efficace...
- (1) : Savoir alerter, désobstruction, ventilation orale, arrêt d'hémorragie externe. Seul le MCE est ajouté afin de faire face aux détresses cardiaques. Mais, pour la route, nous devons en rester aux « 5 gestes », qui sont plébiscités par le grand public et la plupart des organismes de secours.

Il y a 20 ans ! Où sont « nos » responsables ? Les vrais décideurs ?

* J'avais appris cette position de « sauvegarde » pour le blessé inconscient au cours de mes formations, à la Croix-Rouge puis lors de mes week-ends aux sapeurs pompiers de Roubaix. Mais la PLSA me fut vraiment enseignée par son créateur, Marcel ARNAUD, lors du stage de formation de moniteurs de secourisme routier, en avril 1970.

Pour une meilleure formation de nos secouristes :

PROGRAMME GÉNÉRAL DES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES A LA SPÉCIALISATION EN "SECOURISME ROUTIER"

Mis à jour par le Professeur Marcel ARNAUD

Le problème de l'amélioration de la formation des secouristes routiers constituant la préoccupation permanente de notre ami le Professeur Marcel Arnaud, celui-ci suggère certaines modifications au programme actuel de l'examen, suivant un plan détaillé qu'il expose ci-après point par point.

Le Professeur Arnaud fait suivre l'exposé de ses vues sur la question par celui du programme qu'il tient, en outre, à proposer pour l'enseignement de la spécialisation « ranimation ».

A — THÉORIE

I. — *GENERALITES - STATISTIQUES* concernant les victimes de la circulation routière : leur fréquence, leur gravité, leur coût.

II. — *LES FACTEURS MATERIELS ET HUMAINS DES ACCIDENTS DE LA ROUTE*

1) *Formes physiques* (motivation cinétique) des accidents :

— piétons, cyclistes, motocyclistes, automobilistes (voitures de tourisme, autobus et autocars, poids lourds) ;

— vitesse, décélération, environnements hostiles ;

— mécanismes biologiques directs et indirects (répercussifs vibratoires ou par rebonds) de fabrication des polytraumatisés de la route.

2) *Les divers groupes de lésions* (dégâts structurels) provoqués par ces mécanismes (insister sur le groupement dangereux *crâne-thorax* associé à abdomen ou à racine des membres).

3) *Les facteurs humains* : tares, âge, fatigue, médicaments, alcool...

4) *Les facteurs dus à l'affolement* et à l'angoisse (scènes de drames, désordres...).

III. — *LES ASPECTS PARTICULIERS DES BLESSES DE LA ROUTE* (de « l'écrasé » d'hier au « polytraumatisé » d'aujourd'hui).

Vue générale sur les *polytraumatisés* : leurs dimensions et leurs gravités immédiates ; leurs risques évolutifs à court terme.

1) *Les atteintes des grandes fonctions vitales des polytraumatisés* : les détresses respiratoire, circulatoire et neuro-végétative ; leurs incidences sur les « états de survie ». Les fonctions automatiques de la vie et le tronc cérébral (cerveau basal) ; nécessité de leur maintenance : apport de sang bien oxygéné. Les troubles de la ventilation (carrefour aéro-digestif, les asphyxies lentes) ; dettes en oxygène, hypoxie, anoxie ; l'acidose.

2) *Les atteintes loco-régionales des polytraumatisés* : crâne et face ; cou et colonne vertébrale dorso-lombaire ; thorax ; diaphragme ; abdomen ; bassin et membres (surtout inférieurs et cuisses en particulier).

3) *Les inter-réactions de ces atteintes* : réactions en chaîne et mécanismes de superposition des troubles fonc-

tionnels. Evolution des détresses vitales imprévisibles : leur évolution aussi bien à court qu'à long terme (survenue du shock).

IV. — LES PREMIERS « GESTES D'ASSISTANCE » AUX POLYTRAUMATISES DE LA ROUTE

1) *Les pré-secours* (rôle des premiers témoins, du public, des secouristes isolés et sans matériel...); le feu, le suraccident, les « gestes qui sauvent », c'est-à-dire les « urgences majeures » (anoxie, hémorragie).

L'ALERTE et ses diverses possibilités.

Les gestes dangereux (à éviter coûte que coûte).

Les gestes de pré-secours : les slogans P.A.S. et A.B.C. ; gestes qui sauvent des victimes dégagées (enserrées, incarcérées, enfermées, piégées, assises).

2) *Les urgences majeures* : troubles des fonctions respiratoire, circulatoire, neuro-végétative (interdépendance de ces troubles = nocivité accrue).

a) Recherche et surveillance des « constantes vitales » exprimant ces troubles ; observation de « la face » (tableau de bord de la survie).

b) *L'opération-survie* : abordage de la face, libération des voies aériennes (aspiration parfois indispensable), ventilation assurée (assistée et contrôlée, ou artificielle).

3) *Les principes essentiels* :

— Respiration artificielle orale (bouche à bouche, bouche à nez, bouche à masque, bouche à canule...). Masques et soufflets.. Oxygénothérapie éventuelle.

— Contrôle des saignements externes : points de compression, compression directe, pansement hémostatique ; garrot (éventualité très exceptionnelle).

— *Position de sauvegarde* pour victimes gigantes au sol ou restées dans la carrosserie.

— Points et formes des « saisies » manipulatrices du polytraumatisé ; les « poignées » de l'homme ; la traction axiale de sécurité ; le respect absolu des *cambrures vertébrales* normales.

V. — L'ORGANISATION DES PROMPTS-SECOURS (commando-secouriste) :

1) *Ses principes* : maillage, alerte, *permanence*, rapidité d'intervention, sécurité, *liaisons*.

2) *Son matériel* : équipement d'un V.S.A.B. ; camions ou voitures (parfois remorques) ateliers. Eclairage. Matériel de désincarcération. Liaisons radio.

3) *Son personnel* : il est *capital* qu'il soit permanent, fortement *instruit*, entraîné et recyclé.

4) *Son fonctionnement* : alerte ; gendarmerie, police ; permanence ; numéro d'appel ; bornes d'appel ;

Centres de Secours ; entreprises privées sous contrat ; hôpitaux d'accueil ; médicalisation des secours. S.A.M.U. et S.M.U.R.

VI. — INTERVENTION DE L'EQUIPE (commando) DE SECOURS

1) L'opération de secours sur place à polytraumatisé (organigramme) :

— L'abordage et la reconnaissance (temps capital) ;
— le dégagement (désincarcération éventuelle) et la cueillette ;

— La mise sur brancard ; la surveillance constante (tout au long des manœuvres mobilisatrices) des signes de souffrance vitale : les constantes.

2) *Précautions* au cours du dégagement et de la cueillette :

— Traction axiale (tête-pieds ou tête-contrepoids du bassin) ; *rigidification* axiale du corps ; *cambrure* vertébrale harmonieuse dorso-lombaire et hyperextension de la tête.

— *Roulement ou glissement* (au sol ou sur brancard) des victimes. Pont néerlandais modifié éventuellement.

— Contrôle permanent des *hémorragies* externes : pansements compressifs et immobilisation des fracas saignants.

3) *Immobilisation des fractures et fracas* (éviter la survenue secondaire du shock) : attelles et procédés divers de contentions *correctes* et *efficaces* ; ne conserver que les procédés et appareils valables en secourisme routier (attelles gonflables, appareils type Thomas-Lardennois, solidarisation du membre sain au membre blessé...).

4) *Positions de sauvegarde* dans tous les cas de transport de longue durée.

5) *Brancards* de types divers, portoirs divers : Perche Barnaud ; positions sur brancard ; fixation des victimes ; brancardage ; chargement en ambulance ; confort ambulancier.

6) *Rôle d'un médecin* sur les lieux. Rôle d'une oreille médicale à l'écoute-radio. Dialogue secouristes-médecins.

7) *Conduite du véhicule* d'évacuation (V.S.A.B.) Vitesses idéales, trompe, motards d'accompagnement. Liaisons.

VII. — LA PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS ET DE LEURS CONSEQUENCES

1) *Mesures collectives* :

— propagande : éducation du public et plus spécia-

lement des collectivités d'enfants et d'adolescents (écoles de conduite automobile, permis de conduire).

- signalisation ; alerte.
- aménagement des réseaux routiers.
- code de la route ; vitesse.
- élimination des environnements hostiles.
- circulation des groupes sur routes à grand trafic.

2) Mesures individuelles :

- La « sécurité avant tout ».
- Le *temps de réaction* normal ou perturbé.
- Détection des conducteurs habituellement dangereux : malades, drogués, éthyliques (alcotest et alcoolémie). Législation concernant l'alcool et la route.
- Casques et ceintures de « sécurité ».

VIII. — *ROLE DE LA PROTECTION CIVILE*

- Coordination des organismes publics et privés concernés par les secours aux blessés de la route (Centres de Secours, sociétés de secourisme, Centres hospitaliers d'accueil. S.A.M.U.).
- Coordination de la continuité des services d'alerte, de secours, de transports évacuateurs et de soins (gendarmerie et C.R.S., équipement, sociétés d'autoroutes, pompiers, médecins, équipes de secouristes, services soignants, d'accueil et de réanimation).
- Coordination des informations instructives de secourisme « de masse » ; recyclage des secouristes et des moniteurs.
- Plans départementaux de Secours Routier.

IX. — *NOTIONS SUCCINCTES* de dépannage (mécanique automobile) et des points essentiels du Code de la Route pouvant concerner la manœuvre des voitures ambulances et leur conduite. Eléments de cartographie.

B — PRATIQUE

1) *Toutes manœuvres et manipulations* concernant l'abordage, le dégagement, la saisie et la cueillette de polytraumatisés graves, sujet couché au sol ou assis dans un véhicule, isolé ou en amas et dans les plus diverses positions de départ).

2) Toutes manœuvres de « désincarcération » de victimes enserrées ou piégées (utilisation de matériels divers) et extraction des blessés par les voies les plus indiquées étant donné les circonstances et l'état des victimes.

3) Balisage (de jour et de nuit). Eclairage d'un chantier.

4) Utilisation des extincteurs et de tous procédés d'extinction.

5) Mise en *position de sauvegarde*.

6) Surveillance des « constantes » ; respiration efficace, bruits respiratoires, coloration de la face ; conscience ou inconscience ; prise du pouls carotidien ; observation des pupilles.

7) Arrêt d'un saignement externe.

8) Libération des voies aériennes ; position ; aspiration.

9) Toutes manœuvres concernant le matériel de réanimation respiratoire : canule, aspirateur, insufflateur, oxygénateur.

10) Méthodes *orales* de respiration artificielle, assistée ou contrôlée.

11) Pansements des plaies et immobilisation provisoire des fractures.

12) Brancardages et mises en ambulance. Conduite du V.S.A.B. Etude d'un itinéraire (cartographie).

13) Dialogue secouristes-médecin (radio-téléphone, rapport des choses vues au cours d'une intervention de secours).

Témoins, Public,

lisez ces lignes...

VOICI sous forme de dialogue avec le Public, les principaux gestes qui sauvent, destinés aux victimes de drames de la route fortuitement découvertes par les passants.

Prof. Arnaud. — Nous sommes au début du drame, à l'heure des « pré-secours ». Ecoutez bien tout d'abord pour imaginer les instants dramatiques du premier face à face avec les victimes s'efforçant de survivre, écoutez ensuite pour bien comprendre le sens et surtout le choix des actions salvatrices, très simples, que vous devez savoir entreprendre sur le champ, sans affolement, avec sang-froid et sans maladresse.

... Bruits de freinage à mort, de voiture choquée et de vitres brisées...

Prof. A. — Et bien voilà ! Que vas-tu faire, Public, toi qui viens d'entendre et de voir là-bas le terrible tonneau fait par cette voiture, avant qu'elle n'aille s'immobiliser dans ce champ ?...

Mme X. — *Je vais stopper tout de suite ici, poster mon signal d'arrêt, ...puis alerter aussitôt la Gendarmerie voisine.*

Prof. A. — Ton idée est bonne, Public, mais cet acte serait ici trop précipité. Mieux vaut, je crois, t'assurer d'abord que la voiture, car elle fut renversée, ne risque pas de brûler avec ses occupants, et qu'aucune victime ne saigne à mort, par quelques plaies ; ou bien encore ne soit en train de s'étouffer en silence.

Retardes donc ton appel, ton S.O.S., quelques instants, et cours vite là-bas sur place.

Mme X. — *N'est-il pas risqué de retarder ainsi l'alerte ?...*

Prof. A. — Non, non et surtout pas dans le cas présent, ...car tu vas pouvoir d'urgence écarter des victimes les graves dangers immédiats qui les menacent en faisant les deux ou trois gestes, qui ne peuvent les sauver que s'ils sont faits tout de suite, avant la deuxième ou troisième minute pour certains.

Mme X. — *D'accord, ...je stoppe donc ici ; je me gare hors de la chaussée, sur le bas-côté et je bondis vers l'accident.*

Prof. A. — Envoie donc aussitôt deux de tes passagers, Public, signaler l'accident en aval et en amont et baliser la route dont cette partie est devenue dangereuse pour tous. Tu éviteras ainsi un suraccident par carambolage et, peut-être, de nouvelles victimes.

Mme X. — *Je viens de couper le contact électrique aux batteries et d'éteindre une cigarette qui consumait déjà le coussin.*

Prof. A. — Très bien, très bien ! Ton premier geste a, sans doute, évité la carbonisation de la victime — Fais vite, maintenant, que vois-tu d'un coup d'œil rapide, sans rien déplacer encore ?

Mme X. — *Il n'y a là qu'une victime, le conducteur — Il paraît sans connaissance — Il ronfle très fort au fond de la cabine — Il est entouré d'éclats de verre — Il ne répond ni à mes appels, ni à mes pincements — Il paraît bien pâle...*

Prof. A. — Mais regarde mieux, Public, vois, vois ce poignet droit ouvert largement en avant et qui saigne, à gouttes pressées, alimentant vite cette nappe de sang là, au sol, qui me paraît grandir à vue d'œil...

Mme X. — *Tu as raison, je vais, avec ma ceinture, garotter aussitôt cette plaie au-dessus du coude...*

Prof. A. — Pas si vite, pas si vite, Public, c'est très grave de mettre un garrot — c'est souvent lourd de conséquences — Un garrot compromet souvent la vie du membre, qu'il faut parfois amputer ensuite.

Commence donc par mettre un pansement compresseur direct sur la plaie, cela suffit presque toujours à arrêter la perte de sang.

Mme X. — *Mais je n'ai là, sur moi, ni pansement, ni bandage ?*

Prof. A. — Prends donc ton mouchoir-pochette, ton foulard, prends un tissu quelconque, le plus propre possible évidemment, et tasse-le sur la plaie, en le tenant comprimé avec ta main.

Mme X. — *Mais on a toujours dit que tout pansement devait être stérile.*

Prof. A. — Naturellement, Public, et c'est toujours vrai ; mais il faut éviter d'abord que la vie ne s'échappe par cette plaie, avec tout ce sang qui s'en va et la mort sera là, bien avant que n'arrive le pansement stérile traditionnel.

Dans ce cas là, vois-tu, la grande urgence c'est d'aveugler cette plaie, c'est d'arrêter ce sang, en évitant le plus possible de garotter le membre, et cela prime tout, même l'asepsie du pansement provisoire.

Mme X. — *Puis-je arrêter ma compression, maintenant que cela ne saigne pas trop ?*

Prof. A. — Non, non ; non, diminue ta pression, mais ne l'abandonne pas ; laisse surtout en place le pansement tant que l'équipe secouriste, c'est-à-dire le « Commando » (comme nous l'appelons) ne sera pas là qui mettra un pansement là où fut ta pochette. Mais presse-toi maintenant que ton deuxième geste a été accompli ; presse-toi de faire donner l'alerte.

Mme X. — *Je vais en charger ce passant qui accourt pour voir l'accident.*

Prof. A. — Que vas-tu lui faire dire, que vas-tu lui faire faire qui puisse donner l'alerte aux secours con-venants ?

Mme X. — *Eh bien, par le téléphone — que je vois là-bas indiqué sur le bord de la route — il va dire ceci :*

« Allo — alerte — au secours ! ici grave accident
« de la route — allo Gendarmerie ! Police ! acci-
« dent d'une voiture de tourisme, un seul blessé
« grave — il est sans connaissance, il est enfermé
« dans la carrosserie — au secours d'urgence —
« au km. X du carrefour Y — Deux témoins sont
« sur place qui vous attendent — Avez-vous bien
« compris ? répétez le message S.V.P.... »

Prof. A. — Excellent, excellent et très complet, ton message, Public, mais continue ton efficace compression au poignet — Oh, je sais que c'est très pénible ! et surtout, surtout surveille bien que ce blessé respire — qu'entends-tu de sa respiration ? — que dis-tu de la couleur de sa face, de ses oreilles, de ses lèvres ? — Vois-tu se soulever sa poitrine et son ventre à chaque inspiration ?

Mme X. — *Les ronflements sont moins réguliers et moins profonds, ils semblent hâchés de soupirs*

et, par moment, de pauses ; puis ils sont suivis de râles — Il me semble que sa figure, et surtout ses lèvres sont moins colorées et moins rosées, elles sont même pâles et bleutées.

Prof. A. — Sais-tu, sais-tu, Public, que ce que tu viens de me décrire là est très grave — Tu viens de me décrire un état de détresse respiratoire déjà confirmé — Tu aurais dû t'en inquiéter plus tôt ; sache que les blessés inconscients sont impuissants à maintenir libres leurs voies aériennes supérieures, et qu'il faut les y aider et vite, faute de quoi ils s'asphyxient lentement.

Mme X. — *Je suis de plus en plus inquiète, et si les secours n'arrivent pas vite, avec leurs masques et leurs appareils à oxygène... j'ai bien peur que...*

Prof. A. — Mais qu'attends-tu donc, Public, pour aider toi-même et déjà, sans masque ni oxygène, cet homme à respirer ? Ne vois-tu donc pas qu'il étouffe là, sous tes yeux ?

Mme X. — *Que dois-je faire ? — Dois-je extraire d'urgence et coûte que coûte de cette carrosserie tordue et renversée cet homme blessé qui est en fâcheuse position ; sans oublier d'ailleurs qu'il est affalé sur son volant.*

Prof. A. — Garde toi bien de tenter ces manœuvres extractives qui tuent, si elles ne sont pas exécutées par des mains nombreuses et très habituées à les très bien faire — Mais fais vite, fais vite un de ces gestes qui sauvent, qui sauvent de l'asphyxie ; fais respirer ce blessé, en le laissant à sa place. Et, en grande urgence, libère son gosier.

Mme X. — *Mais comment m'y prendre ? Que faire ?*

Prof. A. — A travers le pare-brise brisé, à travers une portière défoncée ou la lunette arrière cassée, va saisir la tête de cet asphyxiant, d'une main par la pointe du menton et de l'autre par le creux de la nuque — Par cette solide prise « occipito-mentonnaire », tire sur cette tête, tire bien dans l'axe du corps, et, sans tordre le cou ni sur son axe ni sur les côtés, tire sur cette tête à 4 ou 5 kgs environ — Tout en tirant, tout en maintenant cette tête bien tirée, renverse la lente-ment en arrière, très fortement en arrière.

Mme X. — *Et puis ?*

Prof. A. — Et puis, Public, assure-toi de ton index droit mis en crochet, que la bouche, la gorge, le fond de gorge, le gosier, sont vides et libres de corps étrangers.

Mme X. — *O vois !*

Prof. A. — Mais oui ! mais oui ! ce dentier cassé, que tu viens d'extraire était la cause vraisemblable de cette progressive asphyxie.

Sommaire

• Éditorial Président EYROLLES	1
• Les Gestes Élémentaires de Survie	
1. La préhistoire des urgences (<i>Docteur FONTANELLA</i>)	2
2. L'avis du Professeur SERRE	4
3. Le secourisme « mains nues » (<i>Serge ADAM</i>)	5
• La Nouvelle Numérotation Téléphonique (<i>J.P. LUCOT</i>)	7
• L'observatoire national de la sécurité et de la circulation routières (<i>M. LEDRU</i>)	8
• En souvenir de Monsieur Georges GALLIENNE	10
• Les enfants et les accidents de la Route (<i>M. J. RAMBAUD</i>)	11
• Critique de la déraison humaine (<i>Bettina GILLET</i>)	13
• Le bilan des actions S.R.F. (<i>S. ADAM</i>)	14
• La borne était au pied de la pyramide (<i>Foire de ROUEN</i>)	19



COMITÉ NATIONAL DU SECOURS ROUTIER FRANÇAIS

Association déclarée (loi de 1901)
n° SIREN 784 2060 88

PRÉSIDENT :
Marc EYROLLES

DIRECTEUR GÉNÉRAL :
Serge ADAM

DIRECTEUR GÉNÉRAL
ADJOINT :
Jean-Pierre LUCOT

**

50, QUAI LOUIS-BLÉRIOT - 75016 PARIS
TÉLÉPHONE : (1) 45 27 14 20
C.C.P. PARIS 7729.71.S - TELEX 649946

Éditorial

Pignon sur avenue

Après avoir pris naissance dans un local du TOURING CLUB DE FRANCE, bienfaiteur du S.R.F., notre Association s'installait en 1964 dans des bureaux que l'Ordre des Chevaliers de Malte acceptait de lui louer. Dans ce petit local, sombre et triste, de la rue Mehul, le Directeur, Monsieur LETOURNEUR-HUGON, parvenait à placer le S.R.F. sur orbite.

CENT CINQUANTE voitures, données aux services de police, dix mille postes téléphoniques de particuliers, à la disposition des accidentés de la route et les premières bornes de secours téléphoniques installées dans des endroits isolés (action menée à la suite d'une grande émission télévisée, animée par le regretté Roger COUDERC), telle était le premier bilan succinct des initiatives du S.R.F. Celles-ci avaient été encouragées et soutenues par Monsieur Roger COQUAND, à l'époque Directeur des Routes, qui en avait reconnu l'action bénéfique sur les routes nationales mais déplorait parallèlement un manque général de moyens.

Le Conseil d'Administration du SECOURS ROUTIER FRANÇAIS décidait alors, en 1974, de reloger déceimment ses services en louant les locaux du 48, avenue de New-York.

C'est dans ces locaux que le nouveau directeur des Routes, Monsieur Michel FEVE, a prôné activement l'action du SECOURS ROUTIER FRANÇAIS, participant à l'élaboration des programmes d'implantation de bornes sur R.N. et soutenant ses initiatives et celles de son Directeur, Monsieur GRAVEREAUX, qui avait succédé à Monsieur LETOURNEUR-HUGON, décédé.

En 1980, grâce à Monsieur GRAVEREAUX et à la collaboration active de tous les ministères représentés à notre Conseil d'Administration, 1 400 postes téléphoniques ont été installés sur R.N. ou sur les trajets préconisés et financés par les Conseils Généraux, Départements et Municipalités.

A cette action s'est ajoutée celle de la propagation de l'initiation aux Gestes Élémentaires de Survie et des cours de perfectionnement pour secouristes routiers. Enfin, une collaboration a été instituée avec les services de police et les S.A.M.U. pour diminuer le temps d'attente et de transfert des accidentés dans les hôpitaux.

En 1983, Monsieur Jean BERTHIER, Directeur des Routes, qui succédait à Monsieur FEVE, demandait au SECOURS ROUTIER dont il reconnaissait l'indiscutable utilité, d'accélérer l'implantation des bornes téléphoniques sur R.N. et de réétudier les besoins et le fonctionnement de leur maintenance.

Ceci nécessitait évidemment des crédits accrus et, du côté du S.R.F., des services plus performants utilisant mieux les techniques de contrôle.

C'est pourquoi notre Association après avoir enfin obtenu la nomination de Monsieur Serge ADAM, I.C.P.C., comme Directeur Général recherchait un local mieux adapté aux surcharges du personnel et aux objectifs très accrus, définis par le Ministre, Monsieur Paul QUILÈS, en vue d'améliorer nettement la sécurité routière sous l'égide de notre organisme.

Le Président du Comité National du SECOURS ROUTIER FRANÇAIS depuis 1954, a donc la joie profonde aujourd'hui, de voir notre Association installée dans ses meubles. Le rez-de-chaussée de 300 m², compris entre le 50, quai Blériot et le 51 bis, avenue de Versailles, qu'il a pu acquérir est désormais notre siège social.

Le renouveau de notre Association et son efficacité accrue, sous la dynamique direction de Monsieur Serge ADAM, l'utilisation d'un local aussi performant que bien adapté à nos nouveaux objectifs, tout cela permet d'envisager avec confiance un avenir porteur d'actions indispensables à l'amélioration de la sécurité routière et à une meilleure assistance aux accidentés de la route.

Marc EYROLLES

La préhistoire des urgences... ou, le chaînon manquant

Docteur FONTANELLA, Directeur de l'Aide Médicale Urgente
S.M.U.R. de MONTLUÇON — Centre Hospitalier — 03100 MONTLUÇON

C'est la découverte de « Lucie » femme Australopithèque, en Érythrée, qui permit de lever les doutes sur nos origines non simiesques. Elle fut surnommée LUCIE... le chaînon manquant. Sa découverte fut précédée de bien des doutes, qui posèrent longtemps une véritable énigme.

A l'avenir nos lointains descendants auront peut-être à leur tour une énigme à résoudre, relative à l'organisation des urgences en fin de vingtième siècle, notamment en France :

En effet, chacun actuellement connaît ce qu'il est convenu d'appeler la chaîne de l'urgence médicale. Elle comporte plusieurs maillons ; chacun de ses maillons est plus ou moins solide, plus ou moins efficace, parfois plus ou moins doublé ou jumelé à un autre, mais il en est un qui en France présente une constance relative : c'est le premier maillon ; sa constance : sa quasi inexistence.

En effet les équipes d'Aide Médicale Urgente (S.A.M.U. - 15 - S.M.U.R.) constatent bien trop rarement la réalisation efficace par les premiers témoins, de conduites élémentaires de survie (1), avant leur arrivée. Car le premier maillon de cette chaîne de l'urgence, se sont les premiers témoins, soit chaque citoyen Français en puissance.

Et pourtant,

Si les Français peuvent être fiers de leurs systèmes de soins dans leur ensemble (Hôpitaux, Cliniques, Médecine praticienne, S.A.M.U. - 15 - S.M.U.R., Ambulanciers agréés) et de secours (Sapeurs-Pompiers, Équipes Secouristes associatifs), on ne peut que déplorer le bas niveau de la formation individuelle de chaque citoyen en secourisme élémentaire de survie (1).

Les Anglo-saxons, et notamment les Américains, suivis des Scandinaves, des Germaniques, des Japonais, etc... ont compris depuis plus de dix ans, l'importance fondamentale de l'action secouriste immédiate, sans aucun matériel et réalisable par un



quidam ayant bénéficié d'une formation brève mais efficace, action à entreprendre sans délai sur toute personne en détresse (1).

Dès 1980, on pouvait lire dans le J.A.M.A. 244 (journal des praticiens américains) :

« Il est fortement recommandé que chaque citoyen capable de réaliser les gestes de survie (ranimation cardiopulmonaire : RCP), sans que cela ne présente un inconvénient d'ordre médical ou psychoémotionnel, pour le sauveteur, soit entraîné et capable de réaliser la réanimation cardio-pulmonaire, à un niveau d'efficacité permettant la survie dans le cas d'un arrêt circulatoire et ce, jusqu'à ce que des soins médicaux efficaces prennent le relais... chaque hôpital devra être capable de fournir des équipes (de type S.M.U.R.) 24 heures sur 24 heures... »

Les conclusions d'un Congrès récent en Juillet 1985, insistent sur les résultats bénéfiques d'une telle organisation.

C'est ainsi que sur des séries de fibrillations ventriculaires (cause fréquente d'arrêt circulatoire) 43 % de survie sont obtenues (soit presque un « décédant » sur deux qui ne décède pas...) lorsque les gestes efficaces de secourisme simple sont réalisés après



(1) : Éviter tout risque d'accident pour les autres et pour soi-même ; Savoir pratiquer un bilan élémentaire des détresses vitales ; Savoir alerter les services adéquats, les S.A.M.U., pour les urgences « Santé ».

Savoir pratiquer des gestes salvateurs adaptés au bilan :

— désobstruction des voies aériennes supérieures,

— ventilation artificielle par bouche à bouche,

— massage cardiaque externe,

— arrêt d'hémorragie externe,

et ce, jusqu'à l'arrivée d'un S.M.U.R. de S.A.M.U.

Cet enseignement proche des gestes élémentaires de survie proposés par la Sécurité Civile comporte le massage cardiaque externe en sus et surtout doit rester très pratique et être massivement diffusé, enseigné.

L'ACMF (Automobile Club Médical de France), fut le second organisme à aider l'action du Professeur Marcel ARNAUD. Dans les archives de Marcel ARNAUD on retrouve des notes prises au cours des « Assises Nationales » organisées par l'ACMF.

Et c'est dans ce cadre que le 20 mai 1987, le Docteur André SOUBIRAN voulut bien reprendre le thème des « 5 gestes qui sauvent ». Intervenant le premier, il mit immédiatement en exergue l'œuvre de Marcel ARNAUD.

Dans le n° 332 de juin-juillet 1987 qu'il me fit parvenir, avec quelques annotations de sa main, les « 5 gestes qui sauvent » étaient annoncés en première page, puis, pages 10 et 11 on trouvait le résumé de cette « conférence de presse » sur les « 5 gestes qui sauvent » au cours de laquelle, après les explications, nous en arrivions à des démonstrations pratiques puis aux questions des journalistes présents mais une seule radio (la toute jeune « France infos ») et aucune télévision, hélas !

Le Docteur SOUBIRAN, Président de l'ACMF, mais aussi écrivain, savait utiliser sa plume pour raconter la création de ces assises, à l'instigation du Professeur ARNAUD, tout en mêlant le passé et le présent.

C'est ainsi que dans le n° 400, en mai 1997 – avant que nous nous revoyions à Marseille en août pour le 20^{ème} anniversaire de la disparition de Marcel ARNAUD – il écrivit à nouveau un texte à la mémoire et en l'honneur de celui pour qui il avait conservé une reconnaissance certaine mais également de l'amitié, ce qui n'est pas très courant. Il est vrai qu'après ces années, « on découvrait » alors petit à petit l'immensité de l'action de cet homme autant généreux que désintéressé.

Dans sa chronique, régulière, dans la revue, André SOUBIRAN rappelle l'année 1959, date de la création des « assises » de l'ACMF (sur les accidents de la route). Cette date concorde avec le cri d'alarme de Marcel ARNAUD au congrès de chirurgie de 1957, ses contacts avec le SRF durant la même période et la préparation de son livre « Les blessés de la route », qui sera publié en 1961 (mais écrit bien avant me rappellera Louis SERRE).

Au MEDEC – utilisé souvent pour organiser ces assises nationales sur les accidents de la route – le « Prix Marcel ARNAUD de Médecine routière » fut attribué, en 1997, aux Docteurs JOLIS et RIHCTER et à M. Raymond FUSILIER* pour le (nouveau) manuel de premiers secours en équipe. J'avais eu l'honneur de recevoir moi-même ce prix, en 1985 et j'en avais été très fier car il portait le nom de mon Maître.

Evidemment, pour le Docteur SOUBIRAN, il ne pouvait que saisir cette nouvelle occasion pour compléter encore ses hommages réguliers et il trouvait toujours tel ou tel détail nouveau, dans sa mémoire ou par la réflexion, ce qui donnait toujours, à la lecture de ses textes, un sentiment exacerbé de reconnaissance envers Marcel ARNAUD. Il n'oubliait pas de citer Paul BOURRET.

Et je n'étais pas peu fier de voir celui qui aida dès le début Marcel ARNAUD conclure son beau texte en rappelant ce que j'avais fait inscrire sur la plaque déposée sur sa tombe en ce 18 août 1987 et qui résumait tout « Pionnier de la traumatologie routière, Fondateur du Secourisme routier, Précurseur des SAMU ».

* Evidemment je connaissais très bien, d'abord de nom depuis mes premières formations au secourisme le nom de Pierre JOLIS. Je savais que le Docteur RICHTER était médecin au sein de la BSPP. Quant à M. Raymond FUSILIER, je l'ai connu dès mon passage à la BSPP par mon ami Paul REYNAËRT, qui, collaborant à la revue trimestrielle publiée par « France Sélection » appelée PSCI (Protection Civile et Sécurité industrielle) devenue SCI – depuis la transformation du SNPC en Direction de la sécurité civile en 1975 -, faisait paraître des articles sur l'action de mon association, les ESPC de Wasquehal et Flers (Villeneuve d'Ascq ensuite), les « 5 gestes qui sauvent », nos exercices, nos projets.... Je connais donc France Sélection depuis près de 40 ans !

Toutefois, concernant M. BODON, le Docteur SOUBIRAN fut contrarié par une lettre cinglante que je lui avais fait parvenir quand, comme délégué interministériel à la sécurité routière, il avait prétendu que la seule formation valable pour secourir les accidentés de la route était la formation « aux premiers secours routiers » (1), de 50 heures ! Soit que les « 5 gestes » pour le grand public ne valaient rien.

REVUE AUTOMOBILE MEDICALE



N° 332 Juin/Juillet 1987 - 20 F

Les « 5 gestes
qui sauvent »
P. 10

Hong-Kong
P. 24

voul page 10 -

MEDECINE ROUTIERE

10 Assises Nationales sur les Accidents de la
Route : Campagne Nationale pour les
« 5 gestes qui sauvent »



AUTOMOBILE

13

Photo de couverture : Hong Kong scintillante à la tombée de la nuit (photo H.K.T.A.)

N° 332 JUIN/JUILLET 1987 - 20 F. BIMESTRIEL
Abonnement 7 numéros par an.
1 an 35 F. Etranger 40 F. Sociétaire ACMF 25 F
74, avenue Kléber, PARIS 75116. Tél. 47.04.31.30
DIRECTEUR : Dr André Soubiran
Président de l'ACMF

La Revue Automobile Médicale est éditée par l'Automobile-Club Médical de France (A.C.M.F.).

PRESIDENT D'HONNEUR : Docteur L. Capette

PRESIDENT : Dr A. Soubiran

VICE-PRESIDENT : Dr J.-C. Chabrier, Dr P. Daligand,

Dr L. Dermer, Dr G. Gaudebert, Dr A. Goubert, Dr A.-P. Rouault.

TRESORIER : Dr B. Dubarry

SECRETAIRE GENERAL : M. J. Fondin

Contrôle du 10 décembre 1984

Diffusion moyenne 15 937 ex.

Tirage de ce numéro : 15 000 ex.

Membre du Cessim

N° Commission paritaire 51679



Assises Nationales sur les accidents de la route
(fondées en 1959) :

CAMPAGNE NATIONALE POUR LES « 5 GESTES QUI SAUVENT »

1 500 vies humaines auraient été épargnées en 1986 (plus de 10 % des morts consécutives aux accidents de la route) si, dans le temps qui s'intercale entre l'accident et l'arrivée des secours organisés, une action simple, à la portée de tous, avait été entreprise. Ce drame inévitable interpelle la conscience et, en tout premier lieu, celle de l'A.C.M.F. et de l'ensemble du corps médical désigné pour tenir un rôle déterminant dans l'organisation et la diffusion au plus grand nombre possible des « 5 gestes qui sauvent ».

Les Assises Nationales de l'Automobile-Club Médical de France, qui se déroulaient le 20 mai 1987, conviaient de nombreuses personnalités et les représentants de la presse spécialisée, réunis autour du docteur André Soubiran, Président de l'A.C.M.F., à se pencher sur ce grave problème.

La conduite à tenir sur les lieux de l'accident, l'accomplissement de gestes simples et efficaces ont été mis au point en France, par Didier Burg-graevé qui, depuis ... 20 ans, s'efforce de convaincre les pouvoirs publics d'intégrer dans un programme national la formation aux gestes qui sauvent en préalable à l'obtention du permis de conduire.

- Nombre de nos voisins européens ont déjà opté pour des systèmes analogues : la Belgique, depuis 15 ans, les Pays-Bas qui depuis le 1^{er} janvier 1984, exigent des connaissances de base sur le secourisme du candidat au permis de conduire, l'Espagne qui a édité une documentation nationale et demande à ses futurs conducteurs des notions de secourisme. Il y a 8 ans que la Suisse fait obligation à ces mêmes candidats de suivre un cours de premier secours.

Déjà lanterne rouge en matière de sécurité routière, la France est-elle condamnée à jouer les arrières gardes des pays organisant la prise en charge des premiers gestes de secours appliqués aux citoyens par d'autres citoyens ?

Sur les presque 11 000 personnes tuées sur la route en 1986, 10 % sont

mortes sur le coup et 40 % à l'hôpital. 50 % d'entre elles soit 5 500 sont décédées entre le moment de l'accident et l'arrivée des secours organisés : elles pouvaient être sauvées. Didier Burg-graevé, ancien sapeur-pompier de Paris, est secouriste depuis l'âge de 16 ans. Président-fondateur de l'A.S.A.R., Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix, et président du C.A.P.S.U., Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence. Elève du professeur Marcel Arnaud, père du « Secourisme Routier », il est le créateur des « 5 gestes qui sauvent ».

A ses côtés, Philippe Lauwick, interne en médecine, breveté secouriste à l'âge de 16 ans, est vice-président de l'A.S.A.R. Il a en charge la coordination de l'action des délégués régionaux pour cette campagne nationale.

AGIR VITE

Il existe un délai minimum et incompressible pour l'intervention des secours médicalisés. Ce temps résulte de l'addition du délai d'alerte et de la distance du centre de secours (SMUR, SAMU, sapeurs-pompier). Les études actuelles démontrent que le délai moyen oscille entre 20 et 40 mn, selon la localisation de l'accident de la route. Pendant ce temps, chaque instant est vital, la vie du blessé est entre les mains des premiers témoins. Ce délai est souvent trop long pour les trois lésions graves que sont : l'arrêt respira-

toire, l'étouffement et l'hémorragie. Pour ces trois cas, très présents dans les conséquences de l'accident routier, l'issue ne peut être que fatale si aucune action n'est entreprise très rapidement.

En tant qu'usager de la route, le médecin peut être un témoin privilégié de l'accident.

A partir du moment où la population des usagers aura reçu une formation aux « 5 gestes qui sauvent », le médecin sera libéré de certaines contraintes et pourra prendre en main les secours sur place en attendant l'arrivée des équipes spécialisées (réanimateurs, oxilogue, si ces moyens s'avèrent nécessaires). Ses informations précises guideront le médecin régulateur qui aura reçu l'appel. L'imprécision des messages est un problème auquel le médecin est souvent confronté dans son travail : le lieu précis, les indications relevées à partir du premier constat sont autant de sources d'erreurs qui engendrent des retards dans l'arrivée des secours, et des moyens inadaptés une fois arrivés sur place.

UN ROLE A PLUSIEURS NIVEAUX

En servant de relais à l'information, la formation et l'éducation du grand public, à travers les patients qu'il soigne, le médecin peut encore participer à cette grande tâche. Son rôle de conseil, très écouté des familles avec qui il est en contact, lui donne la possibilité de convaincre ses interlocuteurs que l'on ne peut tout attendre des autres SAMU, pompiers. Le geste qui sauve est l'affaire de chacun d'entre nous peut, un jour, en bénéficier.

Enfin, le rôle du praticien dans la formation des futurs formateurs qu'il encadre, apporte à cette action une caution médicale et morale.

Pendant longtemps, du fait de manque de connaissances, il fut recommandé de ne pas prendre d'initiatives vis-à-vis du blessé, afin d'éviter toute erreur préjudiciable à son état. Avec des personnes qui savent agir dans les limites du cadre de leurs compétences, il n'en irait plus de même.

POURQUOI ET COMMENT ?

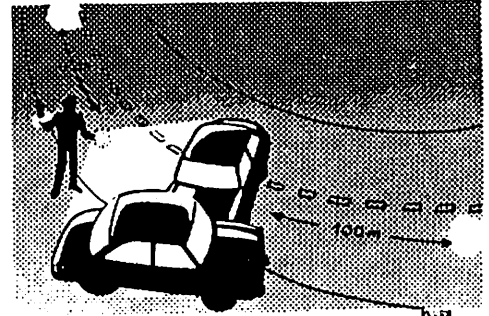
- Les « 5 gestes qui sauvent » sont basés sur la réalité routière. L'intervention directe sur le blessé ne réclame pas de compétences médicales pour être efficace.
- Destinée à une large population, la formation fait appel à un concept simple, facilement assimilable et mémorisable.
- Un consensus national et international est engagé en ce qui concerne ces gestes.
- La formation ne requiert que 4 ou 5 heures de cours fondés sur la pratique, des situations concrètes. La formation dispensée par les Associations de Secourisme agréées ne regrouperait pas plus de 15 personnes par stage.
- Par un enseignement uniforme, dispensé aux détenteurs du permis de conduire et à ceux pour qui il serait un préalable obligatoire avant son obtention (1 million de candidats par an), on obtiendrait une homogénéité des pratiques d'intervention.
- Un coût plafond de 50 F. serait demandé pour chacun des candidats.

LES « 5 GESTES QUI SAUVENT »

ALERER. Les premiers témoins d'un accident doivent rapidement contacter les secours (gendarmes, sapeurs-pompiers ou SAMU) et indiquer clairement : le lieu précis de l'accident, la nature et le nombre des véhicules impliqués (auto, VL, moto), les sur-dangers éventuels (feu, passagers incarcérés), nombre et état des victimes (inconscientes, respirent-elles, saignent-elles ?).



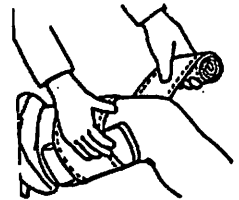
BALISER. Le site doit être signalé à bonne distance de l'accident, dans les deux sens de la circulation (en ville et sur route). Un témoin doit faire des signaux invitant les voitures qui se présentent à ralentir. Couper le contact pour éviter tout risque d'incendie. Si la victime gît sur la chaussée, elle doit être ramenée délicatement vers le bas côté.



RANIMER. Il faut libérer les voies respiratoires : ce geste suffit souvent pour améliorer ou rétablir la fonction respiratoire. Si la victime ne ventile plus, pratiquer le bouche à nez ou le bouche à bouche.



COMPRIMER. Il faut découvrir la blessure si celle-ci saigne et enrayer l'hémorragie au moyen d'un pansement, d'un linge propre ou d'un mouchoir que l'on presse fortement sur la plaie. Ce geste peut être remplacé par un pansement compressif.

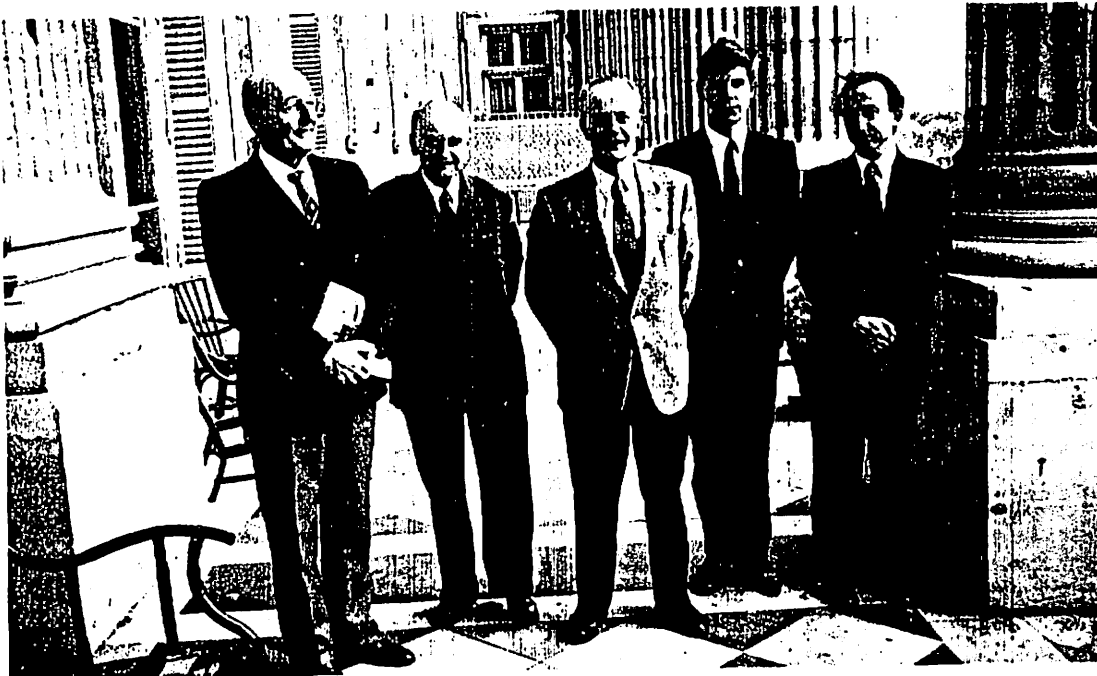


SAUVEGARDER. Il faut préserver la ventilation du blessé et lui éviter l'inondation pulmonaire. Si celui-ci respire, mais soigne de la face, vomit et ne répond plus aux appels, il doit être placé en Position Latérale de Sécurité. Pour recevoir cette brochure gratuite, adressez une enveloppe timbrée à l'A.S.A.R. 59390 Lys-lez-Lannoy ou téléphonez à l'A.C.M.F. au 47.04.31.30.



A l'issue de la Conférence de Presse organisée à l'Automobile Club de France le 20 mai 1987.

De gauche à droite : les Drs A.P. Rouault, Vice-Président de l'A.C.M.F., B. Dubarry, Trésorier, A. Soubiran, Président de l'A.C.M.F., et Mrs Ph. Lauwick et D. Burggraave, animateurs de la campagne des « 5 gestes qui sauvent ».



Du n° 300 au n° 500, notre reconnaissance «routière» à Marcel Arnaud

Dans le n° 300 de la REVUE AUTOMOBILE MÉDICALE, daté de décembre 1982, j'ai exprimé, en page 17, ma joie d'avoir reçu de Marcel ARNAUD, le 16 avril 1977, une lettre expédiée de son service hospitalier marseillais et dans laquelle il acceptait «avec joie» de présider la séance des Assises sur les Accidents de la Route 1977 consacrée aux «polytraumatisés de la route».

Son accord, il me le donnait avec d'autant plus de joie que, précisait-il, nos Assises de 1977 allaient être consacrées aux «polytraumatisés» qu'il appelait, dans sa lettre du 16 avril, «les mal-connus, les mal-compris, les mal-aimés et les maltraités».

Dans ce n° 400 de mai 1997, je me fais un pieux devoir de reprendre, au nom de la fidélité dans la reconnaissance, ce que j'ai rappelé avec tristesse dans le n° 300 de décembre 1982 : «Quatre mois après les Assises de mai 1977, le 20 août, j'ai lu dans «LE MONDE» le décès, à 81 ans, du Dr Marcel ARNAUD. J'ai appris, par la suite, qu'au cours d'une leçon de secourisme routier il avait fait une brutale crise cardiaque. Mort magnifique pour celui qui, depuis 1954, avait consacré toute sa vie, d'abord à créer les grands principes de la traumatologie routière, puis ceux du secourisme routier et l'art de l'enseigner ! Pour l'A.C.M.F., le Dr Marcel ARNAUD a été, en 1959, le véritable instigateur, l'authentique fondateur, le «père» de nos Assises sur les Accidents de la Route, et c'est pour perpétuer cette «paternité» que le

comité directeur de l'A.C.M.F. a décidé d'appeler notre prix annuel des Assises «Prix Marcel ARNAUD de Médecine routière».

Avec la remise, par Monsieur Alain BODON, Délégué Interministériel à la Sécurité Routière, du Prix Marcel ARNAUD 1997, à MM. P. JOLIS, F. RICHTER et R. FUSILIER pour leur ouvrage : «Manuel de premiers secours en équipe» (France-Sélection) cette tradition du souvenir a toujours été fidèlement respectée depuis vingt ans.

Quant aux ASSISES 1997, elles ont été, par le choix même de leur sujet : «Les secours aux accidentés de la route : pour une chaîne, du premier secours à l'accueil hospitalier», un autre hommage à l'oeuvre du concepteur du secourisme routier qu'a été Marcel ARNAUD.

**De septembre 1954
au 9 octobre 1957**

J'ai déjà raconté, dans ma précédente chronique, comment, depuis 1954, Marcel ARNAUD avait été sensibilisé

aux accidents de la route par le spectacle, autour de Marseille, de quelques drames au cours desquels le semblant de «premiers secours» apporté à ces blessés s'était révélé désastreux, alors qu'à la même époque il pouvait lire dans les revues américaines, anglaises ou allemandes, des travaux mettant en cause une notion nouvelle : **le rôle de la vitesse dans la création du polytraumatisme routier, et l'importance des premiers secours.**

J'ai raconté également comment, en 1954, la retraite prise à Cassis, tout près de Marseille, par l'illustre chirurgien René LERICHE a été une chance pour les blessés de la route : cette proximité a permis à Marcel ARNAUD de faire de nombreuses visites cassidennes à celui qui avait été le très grand ami de son «patron» en neuro-chirurgie, Thierry de Martel, et qui a décrit le premier la «maladie post-opératoire», c'est-à-dire le traumatisme créé instantanément dans l'organisme par l'acte chirurgical.

Mais, en 1954 et 1955, lorsque, à Cassis, René LERICHE rappelle ses premières batailles pour imposer ses vues sur la

«chirurgie physiologique» et la «maladie post-opératoire», il ne manque jamais de préciser, à propos de cette période amère : «Cela me paraissait lumineux et important mais j'avais l'impression que cela n'intéressait personne».

De même, Marcel ARNAUD a pu entendre le vieux «grand patron» retraité évoquer sa stupeur et sa tristesse lorsque le Comité du Congrès français de chirurgie de 1933 avait refusé de mettre à l'ordre du jour sa conception, alors nouvelle, de la «maladie post-opératoire». Motif du refus : «C'est une question sans base et sans portée», mais la voix de René LERICHE est redevenue joyeuse pour conclure : «grâce à l'effort américain surtout, le tour de la maladie post-opératoire a été fait en quelques années : il en est sorti une précieuse prophylaxie des conséquences physico-chimiques de l'acte opératoire auquel personne ne voudrait renoncer aujourd'hui».

A chaque retour de Cassis, Marcel ARNAUD ne peut s'empêcher de penser qu'il y a une certaine ressemblance entre le coup de bistouri créant, pour l'opéré, la «maladie post-opératoire» et le coup d'arrêt brutal contre un obstacle créant chez l'automobiliste accidenté le «polytraumatisme».

Ainsi, à ses yeux, vingt ans après le triomphe lerichien sur la «maladie post-opératoire», un nouveau combat s'impose, celui que lui ont révélé parallèlement son expérience hospitalière et ses lectures des revues chirurgicales étrangères sur les éclatements, les arrachements, les écrasements, les broiements, les saignements internes que provoquent, chez les blessés de la route, le choc brutal et «le carré de la vitesse».

Mais, visiblement, comme pour René LERICHE au temps du Congrès de Chirurgie, de 1933, dans la France de 1954-1955, «cela n'intéresse personne».

Le 16 janvier 1956 : jour J

Je l'ai dit dans ma dernière chronique, c'est à soixante ans et depuis son service neuro-chirurgical marseillais, que Marcel ARNAUD se lance dans son combat pour la traumatologie routière où, en France, tout est à créer et, s'il le fait, c'est bien selon l'exemple même reçu de René LERICHE pour la «maladie post-opératoire».

J'en vois la preuve dans le fait que René LERICHE est mort le 28 décembre 1955. Or, Marcel ARNAUD s'inscrit à la séance de la Société de Chirurgie de Marseille du 16 janvier 1956 pour une «Proposition d'un schéma standard d'observation d'urgence pour traumatisme crânien».

Certes, en 1956, la création d'une «fiche standard» est indispensable car son absence rend impossible toute comparaison des cas entre services hospitaliers. D'ailleurs, vu son évidente utilité, tous les chirurgiens présents, ce 16 janvier, l'adoptent.

Mais une fois ce vote acquis, Marcel ARNAUD garde un moment la parole pour évoquer devant ses collègues «le logique parallélisme entre la turbulence moderne et la rapidité routière, d'une part, et la fréquente gravité des accidents, d'autre part», avec cette conséquence «angoissante» pour le responsable d'un service hospitalier, que «les méthodes de prompt secours routier puis de relèvement et de transport des accidentés ne sont plus en harmonie avec les théories de l'heure (...) et que les polytraumatisés graves deviennent d'une fréquence impressionnante, (posant) des problèmes nouveaux et tellement imprévisibles et complexes qu'ils dépassent nos organisations matérielles, nos prévisions, nos possibilités d'appareillage, nos habitudes de nursing, quand ce n'est pas notre entendement à comprendre

l'appel des symptômes, à discerner la marche des réactions et à établir la hiérarchie des soins».

Pour appuyer son propos, il souligne qu'en Angleterre une étude du neuro-chirurgien Rowbothan parue en mars 1954, puis, aux Etats-Unis, un rapport double de H. Campbell et de R. Livingstone de fin décembre 1954 ont analysé d'une façon entièrement nouvelle l'influence des causes mécaniques - directes ou répercutives - sur la gravité des accidents de la route.

Au terme de cette communication du 16 janvier 1956, Marcel ARNAUD a la profonde satisfaction de se dire que l'un des intervenants a parlé de «polyblessés» et un autre de «polytraumatisés»... Il a donc été écouté et même entendu.

Le Tour de France «polytraumatique»

Ayant ainsi acquis la certitude, ce 16 janvier 1956, d'avoir convaincu ses collègues marseillais, Marcel ARNAUD se demande aussitôt comment il va pouvoir convaincre les autres, car, ainsi que René LERICHE l'écrivait à la même époque, non seulement au-delà de chaque frontière «nous ne nous lisons pas les uns les autres» mais, «dans notre propre pays, nous nous ignorons les uns les autres : Paris ignore ce que fait Bordeaux et Lyon ne sait rien de ce qui se passe à Montpellier».

Or, Marcel ARNAUD n'est pas l'homme des discours incantatoires, des vœux pieux et des paroles en l'air : il lui faut agir. C'est pourquoi il choisit la solution apparemment la plus efficace : recommencer un peu partout ce qu'il a réussi, le 16 janvier, à Marseille.

C'est dans ce but que, en 1956 et au début 1957, se faisant le porte-parole des blessés de la route, il va de ville en ville et de service traumatologique en service orthopédique pour dire à ses col-

lègues : «les accidents modernes de la route dont le nombre et la sévérité vont régulièrement croissants donnent naissance à une catégorie de polytraumatisés d'une singulière complexité. Des chirurgiens très habiles par leur pratique en soins d'urgence, que nous avons interrogés, n'hésitent pas à affirmer que, mis en présence de cette catégorie de poly-blessés, non seulement «ils ne savent vraiment pas quand ni par quel bout les prendre», mais encore ils demeurent anxieux devant la tactique des soins à proposer» et, après ce début qui marque l'immense travail à accomplir, Marcel ARNAUD, devant chaque nouvel auditoire qu'il veut convaincre, plaide pour que, au prochain **Congrès Français de Chirurgie**, celui de 1957, le thème du «polytraumatisé de la route» fasse l'objet d'une discussion, même très brève.

Après avoir commencé à prêcher sa croisade routière à Montpellier où il sait qu'il a des amitiés solides, et, ayant, au cours de sa tournée, éveillé ou ranimé des curiosités, recueilli des observations et des conseils, reçu des encouragements - parfois narquois - et, surtout, levé d'innombrables indifférences, il a le sentiment, à son retour à Marseille, d'avoir créé un réel intérêt autour de ce type très particulier de blessé, demeuré jusque là, comme il n'hésite pas à l'écrire, «le méconnu, le longtemps méconnu de notre siècle qui cependant l'a vu naître et grandir».

Récompense de ce périple, mais, surtout, preuve éclatante de son efficacité, Marcel ARNAUD ne tarde pas à apprendre que, sollicité de divers côtés en faveur de l'étude du «polytraumatisé», le Comité du 59^{ème} Congrès français de Chirurgie a accepté de mettre dans son programme un débat sur ce sujet.

C'est pourquoi, sans attendre le Congrès qui se tiendra à Paris, le 9 octobre 1957, Marcel ARNAUD veut pouvoir apporter

aux congressistes un modèle concret de ce que peuvent être des «**prompts secours routiers**» efficaces.

Déjà, depuis des mois, avec son élève, le professeur agrégé Paul BOURRET qui est chirurgien en chef de l'Hôpital de Salon-de-Provence, il a réfléchi au problème et, de son côté, Paul BOURRET a entrepris les démarches administratives préliminaires.

En juillet 1957, ils passent à l'action directe en créant, à partir de l'hôpital de Salon-de-Provence, la première «**antenne mobile de secours routiers médicalisés**».

C'est ce qui a permis à Paul BOURRET, de m'écrire, le 6 mars 1987, qu'il acceptait «avec enthousiasme» le **PRIX LARREY** fondé par l'Automobile-Club Médical en souvenir des «ambulances volantes» du chirurgien en chef de la Grande Armée, et de me rappeler à cette occasion que Marcel Arnaud, en ouvrant, dès 1957, un nouveau chapitre de la pathologie des accidents de la route liés à «la décélération brutale provoquant des lésions inapparentes (...) bientôt irréversibles», avait montré la nécessité absolue de réduire le temps «**choc-secours**». D'où cette conclusion d'une logique devenue désormais évidente : «**Il faut aller IMPERATIVEMENT au devant des blessés**».

Et Paul BOURRET ajoutait, avec la plus légitime fierté : «**Doctrine devenue universelle**», comme l'était devenue, en 1797, «l'ambulance volante de LARREY».

Octobre 1957 : «Les états-généraux de la traumatologie routière»

Combien ont été ceux qu'au cours de sa croisade de 1956, Marcel ARNAUD a convertis à la traumatologie routière et au sort du «polytraumatisé»? Je l'ignore.

Mais ils ont été, à coup sûr, des adeptes enthousiastes, car, non seulement ils ont provoqué un «**débat**» mais ils ont également obtenu, honneur et justice suprêmes, que ce «**débat**» soit «**dirigé**» par Marcel ARNAUD !

On le devine, dès l'annonce officielle de sa désignation, le «**directeur**» se met au travail afin que, face à un auditoire déjà bien informé, la discussion puisse prendre toute l'ampleur désirable.

Outre ceux qu'il a déjà pleinement convaincus, il prend la précaution de préparer - et même d'affriander - l'ensemble des congressistes en leur faisant parvenir, bien avant le mois d'octobre 1957, un texte imprimé de deux pages et un texte dactylographié de vingt-cinq pages.

Dans ces deux documents, Marcel ARNAUD, initiateur et «**directeur**» de ce débat, a écrit : «**Nous avons pensé qu'il pourrait intéresser nos confrères désireux de participer en octobre au débat, de connaître, assez à l'avance pour les étudier, les principaux points de discussion retenus dans le schéma introductif. La seule prétention du présent sommaire est donc d'offrir un cadre aux communications et aux opinions que nos collègues désireraient exposer en séance de congrès**».

Marcel ARNAUD ne pouvait pas introduire avec plus de clarté scientifique et d'honnêteté intellectuelle ce «**DEBAT DIRIGÉ**» qui marque, tout au moins en France, le début de la traumatologie routière active et de la notion de «**polytraumatisme**».

Il suffit, pour s'en convaincre, de lire aux pages 2 et 3 du texte dactylographié l'objet du débat :

- 1°) **Confronter des expériences, des opinions, des observations, des idées.**
- 2°) **Tenter de dégager une ligne de pensée et de conduite permettant une doctrine de soins.**
- 3°) **Aider ainsi le chirurgien isolé et**

appelé d'extrême urgence à accueillir, observer et traiter de tels blessés.

4° Connaître les actuelles difficultés (1957) et de tous ordres (absence d'appel et de soins immédiats sur route, état embryonnaire et précaire des organisations évacuatrices, insuffisances matérielles de certains centres chirurgicaux, conception attardée d'Administration hospitalière en matière de traumatologie, insuffisante éducation du public) qui gênent l'action du chirurgien. Tenter d'y remédier.

5° Inciter (aider peut-être) les Pouvoirs Publics et Administratifs à coordonner une organisation de secours efficace (dépistage, relève, ressuscitation, immobilisation, hémostase, transports surveillés) techniquement aidés par des réanimateurs avertis.

En moins de deux pages, tout est dit sur des carences qui, en 1957, sont à peu près générales, et tout est prévu pour y remédier, car les paragraphes 4 et 5 contiennent déjà, en germe, dès 1957, les principes du secourisme routier que Marcel ARNAUD créera en 1962 et le schéma des SAMU dont les premiers verront le jour vers 1970.

La «Déclaration des droits du polytraumatisé»

De même que les «ambulances volantes» de LARREY, après quelques tâtonnements initiaux, deviennent très vite parfaites, au point de lui mériter, en 1797, les félicitations du général Bonaparte, «LES GRANDS TRAUMATISMES ACTUELS DE LA ROUTE, LA HIERARCHIE DE L'URGENCE CHEZ LES POLYTRAUMATISES ET LA METHODE DES SOINS» trouvent d'emblée dans la «discussion» du 9 octobre 1957 leurs grands principes directeurs.

De ces premiers «Etats-Généraux de la Traumatologie routière et du Polytraumatisé», il reste, dans le volume des **Rapports du 59^{ème} CONGRES DE**

CHIRURGIE, les quarante sept pages de la séance du mercredi 9 octobre, consacrées au «débat» imposé, dirigé - et maîtrisé - de bout en bout par Marcel ARNAUD.

Mais il reste aussi, grâce aux «conclusions sur le débat», une véritable «Déclaration des Droits du Polytraumatisé», car les sept points proposés par Marcel ARNAUD sont un modèle de lucidité et de précision, notamment le passage concernant «les grands polytraumatisés de la route, victime de cette cinétique à grande vitesse, (qui) méritent, pour être bien compris sur le double plan clinique et thérapeutique, d'être «repensés» par les chirurgiens. Car ces blessés-là sortent des cadres classiques de la traumatologie ordinaire. Leur pathologie cinétique brutale et généralisée incite à entreprendre des études nouvelles anatomo-cliniques, physio-pathologiques et bio-pathologiques».

Faut-il rappeler, pour marquer pleinement le rôle initiateur de Marcel ARNAUD, le voeu émis, à sa demande, par le Congrès «de voir considérer cette Traumatologie due aux accidents de la route comme une discipline comportant à tous les degrés un enseignement particulier et nécessitant un gros effort d'organisation et d'équipement des centres chirurgicaux de prompts secours ou des Services de Traumatologie» ?

Et, comme le souligne également le Congrès : «Il est, en outre, indispensable d'établir une campagne de lutte contre les accidents de la circulation routière».

C'est donc au 9 octobre 1957 - et grâce à Marcel ARNAUD - que peut, à coup sûr, se situer, en France, le début de cette «révolution» dans la traumatologie routière.

Mais, tout autant que les révolutions sociales contre les égoïsmes et les intérêts personnels sont perpétuellement à refai-

re, c'est aussi le 9 octobre 1957 qu'après cette première victoire s'ouvrent pour Marcel ARNAUD les vingt années d'un perpétuel combat qu'il va mener jusqu'à sa mort.

Certes, après le «débat» obtenu au Congrès de 1957, grâce à l'insistance de ses amis, il ne pouvait plus reprendre, pour la notion de «polytraumatisme», l'amère plainte lancée en 1925 et même en 1933 par le Professeur LERICHE à propos de la «maladie post-opératoire» : «cela me paraissait lumineux et important, mais j'avais l'impression que cela n'intéressait personne». En revanche, à ses moments de lassitude, Marcel ARNAUD a dû être amené à répéter, en repensant aux «Souvenirs de ma vie morte» de son vieil ami : «Il y a des domaines où les idées n'évoluent que lentement. Quant elles finissent par aboutir, on a depuis longtemps oublié les orientateurs du mouvement» ; puis, comme René LERICHE, je suis sûr que, devant l'oeuvre en bonne voie et dans la sérénité retrouvée, il n'a pas manqué de conclure : «Au fond, peu importe : on doit se tenir pour satisfait de voir que l'on a eu des idées ayant de l'avenir».

Pour être certain que «les idées» de Marcel ARNAUD ont eu - et gardent «de l'avenir», il suffit de lire la plaque qui, à l'initiative de son élève secouriste Didier BURGGRAEVE, a été placée sur sa tombe, le 18 août 1987, en présence de collègues académiciens de Marcel ARNAUD. Elle porte : «Pionnier de la traumatologie routière, Fondateur du Secourisme routier, Précurseur des SAMU».

Et c'est bien parce que l'A.C.M.F. veut garder fidèlement la mémoire du «Fondateur de ses Assises (1959)» que l'association, confiante dans son avenir, vous donne déjà rendez-vous, avec les lauréats des Prix Marcel ARNAUD et Dominique LARREY, pour le n° 500.

André SOUBIRAN

Ainsi, en cette année 1988, nous rendions un nouvel hommage mérité au Professeur Marcel ARNAUD dans le Nord et l'Automobile Club Médical apportait son soutien aux « 5 gestes qui sauvent » comme, je le ressentais ainsi, il l'avait fait trente années plus tôt pour l'œuvre débutante de Marcel ARNAUD envers ses « blessés de la route ».

Depuis qu'il avait fait notre connaissance et qu'il s'était rendu sur place, à Lys lez Lannoy, à Leers, à Hem, à Roubaix, André SOUBIRAN fut convaincu que nous étions quelque part, même simples secouristes – bénévoles – les héritiers de Marcel ARNAUD. Il utilisa cette formule lors du MEDEC 1992* au cours duquel les « 5 gestes qui sauvent » étaient, à nouveau, grâce à lui, à l'honneur.

Aussi, après la conférence de 1987 – organisée au nom des assises, en référence à Marcel ARNAUD, l'ACMF, mais surtout le Docteur André SOUBIRAN, outre l'approbation de cette campagne et de ses objectifs qui rejoignent ceux de Marcel ARNAUD, financera plusieurs éditions afin que la brochure puisse encore être diffusée gratuitement à nos concitoyens usagers de la route.

Comment, après le créateur du premier SMUR Paul BOURRET, le médecin sapeur pompier Pierre DUFRAISSE, le fondateur de la revue « La Route », le créateur du premier SAMU Louis SERRE, ne pas dédier le prochain tome au Docteur André SOUBIRAN ?

Il nous permettra de revivre, à travers ses multiples chroniques dans la revue de l'ACMF, les étapes de l'action de Marcel ARNAUD qui, sans les moyens que nous avons aujourd'hui, créait de ses propres mains les documents, les diapositives et dessinait les croquis.

* Voir 4^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent ».

CINQ GESTES QUI SAUVENT : **Le soutien de l'Automobile-Club Médical**

La campagne nationale et permanente afin de diffuser dans le grand public les « 5 gestes qui sauvent » lancée en 1967 par le Roubaisien Didier Burggraeve et animée depuis lors avec l'aide de l'ASAR (Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix) se poursuit toujours activement.

Les animateurs infatigables de cette campagne au sein de l'ASAR et les correspondants dans les régions viennent d'obtenir le soutien non négligeable de l'Automobile-Club Médical de France fort de plus de 20.000 membres-médecins. Il est présidé par le Docteur André Soubiran, médecin-écrivain célèbre qui souhaite ainsi prolonger l'œuvre du professeur Marcel Arnaud, le pionnier incontestable en la matière dès 1957 afin de limiter l'hécatombe sur nos routes.

La revue de l'A.C.M.F. relate donc régulièrement la campagne de l'ASAR et également rend compte de ses initiatives dans l'agglomération roubaissienne afin d'honorer la mémoire du professeur Arnaud (une rue à son nom en 1985 à Lys-lez-Lannoy, à Hem en 1986, à Roubaix en 1987 et cette année en octobre prochain à Leers).

L'A.C.N.F. a patronné une conférence de presse à Paris dans les salons de l'Automobile-Club, place de la Concorde, afin de faire connaître la campagne des « 5 gestes ». Des

spécialistes des sapeurs-pompiers, des SAMU et du ministère de la Santé et de l'Équipement sont tombés d'accord, lors d'une réunion avec le Secours Routier Français pour affirmer que la connaissance de ces gestes permettrait de sauver entre 1500 et 2000 vies humaines sur les routes de France chaque année ! On sait le combat mené depuis 21 ans par le président de l'ASAR auprès des Pouvoirs Publics Français pour que tous les candidats aux permis de conduire les apprennent par un stage pratique obligatoire de 5 heures.

L'Automobile-Club Médical enfin vient d'accepter de financer une nouvelle édition de la brochure gratuite qui a subi quelques corrections pédagogiques et sortira à la fin du mois de juillet.

Elle sera disponible pour tous. Il suffit d'adresser une enveloppe de format normal, timbrée et libellée à vos nom et adresse à ASAR 59390 Lys-lez-Lannoy.

Le Docteur Soubiran sera dans l'agglomération en octobre, le 8, à l'hôtel de ville de Lys-lez-Lannoy, lors de la réception de l'ASAR par les élus ; puis le 9 à Leers pour l'inauguration officielle de la rue « professeur Marcel Arnaud » par le professeur Maurice Cara, fondateur du SAMU de Paris et actuel président du comité médical du Secours Routier Français à Paris.

30 JUL. 1988

Le créateur du SECOURISME ROUTIER

Au-delà de l'œuvre du Professeur Marcel ARNAUD pour la médicalisation des secours aux blessés de la route, de la définition de la traumatologie routière, il y a également la création du Secourisme routier, à destination des premiers intéressés, les sapeurs pompiers – ainsi que de leurs médecins, puis les secouristes (bénévoles) eux-mêmes.

Si le « Précis de Secourisme routier », première édition (France Sélection), date de 1971, nous retrouvons dans ses archives, signé de sa main, et à la date de 1965*, un document manuscrit où l'on retrouve son écriture si précise, malgré les corrections inévitables.

Ce projet s'intitule « Au Secours des blessés de la Route » et débute (sauf erreur suite à un mélange de documents dans ce dossier d'archives) par 5 pages sur le « SECOURS-SOINS D'urgence aux blessés de la route » « ORGANISATION D'UNE CHAÎNE DE SECOURS ».

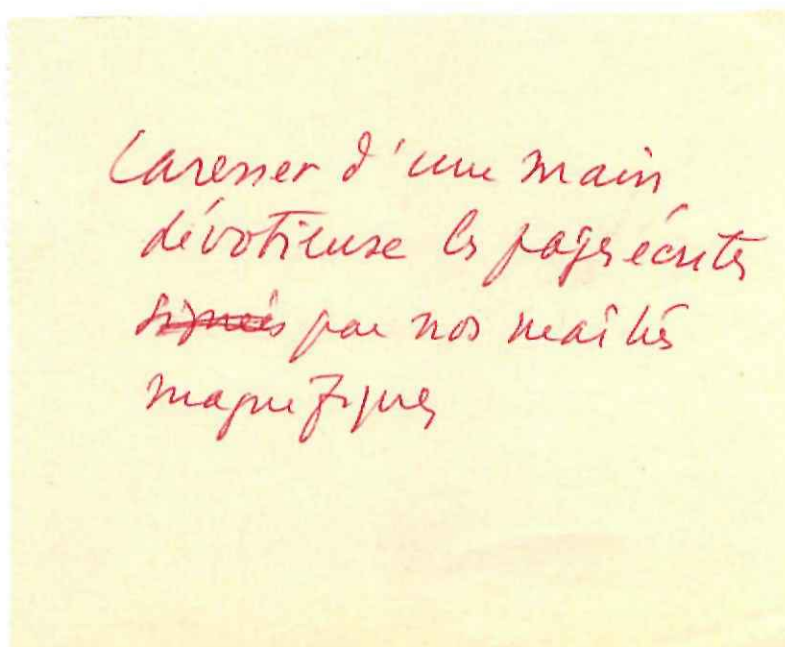
Chaque lecteur lira ces phrases (de 1965) (reprises en couleur afin de les rendre intactes pour les lecteurs), en les comparant aux propos de Marcel ARNAUD lors de son enseignement (stages dans les écoles de Protection Civile ou de sapeurs pompiers dans toute la France), ou ses nombreux écrits (notamment dans la revue « La Route » ou remis lors des stages).

La page 2 nous intéressera plus particulièrement puisque Marcel ARNAUD reprend son thème du « 1^{er} acte : En bord de route », avec les passants, les témoins !

Avec l'ALERTE, fait capital, mention qu'il avait voulu rappeler dans la brochure « 5 gestes qui sauvent » lors de ses observations, en 1972, pour la première édition.

* Ce que m'avait confirmé Louis SERRE à propos de son ouvrage « Les blessés de la route », publié en 1961 mais préparé quelques années auparavant. On peut estimer qu'il s'agit du même parcours pour cet ouvrage non médical.

Dans cette série de documents des années 60, il y avait ce petit bout de papier avec, écrit en rouge, cette phrase de Marcel ARNAUD (comment ne pas être ému en la lisant puis en touchant soi-même « les pages écrites » par mon Maître magnifique ? Ci-dessous :



Caremer d'une main
dévotieuse les pages écrites
~~écrites~~ par nos mains
magnifiques

—
o
Au Secours des
Glens de la Route
o
—

D^r Marcel ARNAUD
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
57, Rue Dragon, 57
MARSEILLE

Arnaud

1965

au secours
des blessés
de la route!

5 PAGES SUR:

SECOURS - SOINS

**D'urgence aux bannières
de la route**

ORGANISATION D'UNE

CHAÎNE DE SECOURS

—
Mey

Une organisation de secours-soins (débouchant sur place) aux victimes de la route est impensable si elle ne tient d'abord compte de quatre motivations capitales suivantes :

- 1/ Les victimes à secourir sont des "polytraumatisés". Ce sont les, uniques en leur genre, nécessitant des techniques et des tactiques de sauvetage très particulières (secourisme routier).
- 2/ Les accidents de la route (et les victimes) sont géographiquement très dispersés en pleine nature ; d'un point de vue des horaires et des points de drame nécessitent des secours^{très} obés et alertables à partir de points fixes nombreux et dispersés.
- 3/ Les personnels ainsi alertables doivent être constitués par des équipes (commandos) disponibles à l'appel et disposant d'un matériel de secours-routier et d'évaluation prêt à partir de l'annonce tenante.
- 4/ Ces personnels et le matériel dont ils disposent doivent être fonctionnellement adaptés aux missions opérationnelles qu'ils entendent assurer. Leur qualification ne doit faire aucun doute ; elle sera régulièrement recyclée et éprouvée.

Bien entendu cette organisation doit rester en liaison constante avec des médecins qui doivent instruire en doctrine de secours les Commando-Secouristes-Routiers, les éduquer en pratique opérationnelle et les conseiller au cours des sauvetages (liens radio et téléphoniques).

— Les soins-secours immédiats débouchant sur une évaluation-transport des victimes dans un hôpital d'accueil, leur efficacité définitive ne sera valable que si ce dernier est organisé pour l'accueil d'urgence des victimes.

A PROPOS DE CE DRAME

ON REMARQUE CE
POINT CAPITAL, ICI :

Le seul ACTEUR PRINCIPAL du drame, présent
à tous les ACTES et à tous les TABLEAUX, celui qui
est INDISPENSABLE au drame, et LE SEUL à
n'avoir pas à CONNAÎTRE son rôle, à le comprendre,
à l'apprendre, à le répéter.... car ce rôle il LE SUBIT.
... C'EST LA VICTIME !!

Mais tous les autres participants (acteurs ou figurants) :
public, parents, témoins, gendarmes, policiers, secour-
ristes, chauffeurs d'ambulance, personnel d'hôpital, ...
TOUS ont un rôle à CONNAÎTRE, à comprendre, à
apprendre et à répéter.... Sans quoi la réussite du
drame est compromise.

Ce travail d'enseignement est CAPITAL et URGENT.
Il est du ressort pour les uns du Secourisme de masse
et pour les autres (systématiquement enseigné dans les
secours) il est dépendant des ECOLES de SECOURISME -
ROUTIER spécialisé.

Un accident de la route (avec victimes à la cle) ²
est un DRAME en 3 acts et 4 tableaux :

1^{er} ACTE : EN BORD DE ROUTE.

- 1^{er} Tableau : Voitures accidentées, victimes
gisantes ou incarcérées (cris, larmes, appels, ...
... ou ... inquiétant silence). Des passants,
des témoins divers accourent. Acteurs divers :
"gestes qui sauvent" (surtout si parmi le PUBLIC
sont des SECOURISTES ou une compétence MÉDICALE).
- L'ALERTE fait CAPITAL, clôt le 1^{er} tableau.

- 2^{ème} Tableau : Les mêmes, plus le SECOURS
alertés (Police, gendarmerie, puis COMMANDO
de secours) : abordage (acts conservatoires de la sur-
vie) des victimes, reconnaissance, déjeunement,
"cueillette", conditionnement pour transport,
en-ambulancement - LIAISONS informatives.

2^{ème} ACTE : EN COURS DE TRANSPORT - ÉVA-
CUATEUR : victimes, plus Secourists :

Ranimation continue, surveillance; Liaisons
éventuelles à médecin... (d'hôpital... si possible).

3^{ème} ACTE : À L'HÔPITAL D'ACCUEIL.
(hors de sujet ici).

3 actions successives et très différentes vont se dérouler :

Les [pre] secours (1^{er} tableau du 1^{er} AC?E) :

Rôle pur de témoins, de passants, du public (± bien informé des "gestes qui sauvent" ou des "gestes qui tuent"). Situation favorisée par la présence d'un secouriste ou d'un médecin avisé. Rôle essentiellement de "sauvegarde" de la victime et de sa survie (ventilation, hémostase, position favorable). Attendre le "secours" alertés.

Les [Secours] (*) (2^e tableau du 1^{er} AC?E)

- a. Police ou gendarmerie : sécurité des victimes et de la route, sécurité des biens, enquêtes. (Assistance éventuelle et efficace aux SECOURS techniques). Sont surtout les services de sécurité de la route.
- b. Commandos de secours (2 à 3 équipes) : secouristes - routiers équipés et entraînés, matériels adaptés aux missions. Liaisons radio - téléphoniques.

Les [Transports] (*) (2^e tableau AC?E)

Véhicules adaptés aux possibilités de ravitaillement & de surveillance - Liaisons.

(*) Voir détails à la page suivante.

Les Secours (ou mieux PROMPTS-SECOURS)

Successions d'actes difficiles (à ne jamais improviser) basés sur une doctrine technique & technique dite "secourisme - zoutier" (abordage et sauvegarde de la survie des victimes, déchargement - évacuation des blessés, installation sur brancard et immobilisation provisoire de lésés inventoriés, liaisons informatives à médecin, mise en ambulances évacuatrices) = Temps essentiels du sauvetage réservés à des spécialistes (en Commandos de Secours).

Rôle formel de Commandos éduqués et entraînés.

3 types de Commandos :

a. Commando dit "médicalisé" : de par son instruction donnée par des médecins, de par la doctrine médico-secouriste qu'il emploie, de par les liaisons-radio qu'il a avec un médecin.

b. Commando dit "avec main médicale" : à cause de sa composition même qui comporte en permanence un "élève en médecine" (non D^r en médecine) ou un médecin praticien du voisinage non spécialisé en secourisme-zoutier.

c. Commando dit "avec l'animateur" : à cause de la présence constante d'un D^r en médecine spécialisé en réanimation (ou immédiatement disponible à l'Alerte) - voire d'un D^r en médecine spécialisé en secourisme-zoutier.

Ces divers types sont fonction de possibilités régionales et locaux ; en gros : le type a (médicalisé) correspond sur-

5
tout aux secteurs ruraux (ruse campagne), le type b (masin médical) est plus commun autour des chefs-lieux de canton, le type c (avec ranimation) est réservé aux secours émanant des grands centres urbains.

Les transports (dits "sanitaires")

Ils sont de deux types, de très inégale valeur d'ailleurs.

a Transports normaux : ce sont les véhicules de secours (V.S.A.B.) typiques utilisés par le Commando de secours (ambulances de grand modèle de sapeurs-pompier, par exemple). Ce sont parfois aussi des services semi-officiels conventionnés par la municipalité (ambulances dites municipales). De toute façon les biens transportés par l'un ou l'autre type de "transporteur" doivent être soumis à une surveillance-organisatrice médicale.

b Transports multiples (extra-officiels et "privés"). Il est souhaitable que ces transporteurs lui soient constamment sous liaison-contrôle formelle radio-médicale.

Il serait souhaitable qu'un médecin spécialisé en prompts-secours ait compétence départementale ou régionale pour surveiller l'organisation et surtout suppléer d'urgence une éventuelle carence. La progression de liaison-radio télé-audible conduirait à ce concept là.

Dans son nouveau projet « Au secours des blessés de la route », Marcel ARNAUD souhaite créer un enseignement nouveau, différent, adapté totalement à ces blessés particuliers, souvent des polytraumatisés et non plus seulement des victimes avec une blessure unique ou polyblessés classiques comme pour les autres types d'accidents.

Il insistera toujours sur la rapidité d'intervention d'où l'emploi permanent de « prompt secours » repris par les sapeurs pompiers et les moniteurs de secourisme routier.

La citation de André MAUROIS que l'on retrouve dans son dossier manuscrit reflète bien une constante permanente de nos mentalités face au changement. Il le rappelle. Et, le secourisme routier fut une révolution, face à un secourisme d'après guerre qui n'avait plus vraiment évolué.

Dans son avant-propos, Marcel ARNAUD, qui corrige et améliore, comme on le voit, et souligne souvent les passages pour lui essentiels, indique bien qu'il ne s'agit pas de réécrire, différemment, ce que chacun pouvait trouver alors dans d'autres manuels de secourisme. Le secourisme routier, un secourisme nouveau, précis, pour les blessés particuliers et fragiles suite aux innombrables et meurtriers accidents de la route, était bien différent, novateur. Marcel ARNAUD en devenait le créateur.

Il décrit ainsi d'une manière éclatante et compréhensible par tous, notamment et surtout des non médecins, ceux là même (sapeurs pompiers et secouristes) qui seront les premiers et les plus nombreux confrontés à ces blessés sur les lieux, ce que l'on doit avoir en permanence en tête pour les secourir.

La médicalisation n'en était qu'à ses débuts. L'expérience de Salon de Provence se faisait connaître et des organisations semblables naissaient dans diverses régions par ceux que nous pouvons nommer aujourd'hui les pionniers, les sapeurs pompiers étant au cœur de ces organisations nouvelles, tout particulièrement dans le Vaucluse avec le Médecin Chef Pierre DUFRAISSE (Cf. tome II), et à Nancy avec le « service SOS » mis au point par le Professeur Alain LARCAN.

Mais Marcel ARNAUD ne ramène pas à lui seul – comme hélas beaucoup d'autres – la création de ce « prompt secourisme routier spécialisé ». Il y associe médecins, réanimateurs, instructeurs et moniteurs de secourisme (« qui l'ont créé »). Or, c'est bien lui qui était à la base de tout, même si il voulait recevoir l'appui technique ou l'avis médical de ces autres participants.

Dans cet écrit, on remarquera l'astérisque consacré au SNPC* (Service National de la Protection Civile), c'est-à-dire la structure de l'époque chargée de la Protection Civile dans notre pays, un simple service ! Le Professeur ARNAUD lui rend hommage et cite l'école nationale de Nainville les Roches ainsi que les centres de Mâcon et de Blois.

Dans le paragraphe suivant, il écrit que « ce livre », qu'il était alors en train de rédiger, est « la suite logique d'un précédent ouvrage paru en 1961 », plus spécialement destiné aux médecins comme on le sait. Et il explique comment et pourquoi il fallait prolonger l'ouvrage de 1961 par un autre dédié précisément au secourisme routier.

Enfin, en prélude au chapitre I, Marcel ARNAUD met en exergue une citation de 1963, du comité régional de l'Europe de l'OMS ! Que ceux qui liront ces lignes méditent alors ce que pensait Marcel ARNAUD en la reprenant « Si chacun connaissait.... », ce qui est la raison d'être du concept des « 5 gestes qui sauvent », présenté à lui avec le projet de brochure en 1972, approuvé par lui, ce qui me permettra de mentionner cet accord du « Maître » afin que tous le sachent !

Certes, le « précis » de 1971 publié par France Sélection fut une œuvre collective même si le Professeur Marcel ARNAUD en était l'auteur principal et la caution médicale. Furent associés, le Médecin Général GENAUD, le Médecin Lieutenant Colonel DUFRAISSE, le sous-préfet ARRIGHI et le Capitaine RAVOT (voir les tomes précédents et pages suivantes).

* Le CAPSU préconise depuis 30 ans la création d'un Ministère de la Protection Civile.

AU SECOURS DES BLESSES DE LA ROUTE !

(ENSEIGNEMENT ~~SECOURISTE SPECIALISE~~
D'UN PROMPT-SECOURISTE SPECIALISE)

" Chaque fois que l'inventaire de méthodes
" plus efficaces, d'outils plus parfaits
" ou d'armes irrésistibles vient bouleverser
" la fourmillement humaine, les pourmis
" que nous sommes, doivent reconstruire
" suivant un plan nouveau qui
" tient compte des conditions nouvelles. "

(André Maurois)

~~circulation routière.~~

Pour ces victimes hors-série qui sont, polytraumatisés là, il ~~est~~ ^{est} ~~parvenu~~ que le secourisme traditionnel, ^{et classique} essentielllement prévu pour les blessés de la vie courante, ~~est~~ ^{était} dépassé; ses tactiques et ses techniques sont ^{très nouvelles} insuffisantes. Secourir d'urgence, sur place, les actuels blessés de la route est le rôle aujourd'hui d'un secourisme particulier, ^{spécialisé} d'un secourisme hors-série et adapté aux impérieux besoins des victimes; le secourisme spécialisé est-il le secourisme 2000's?

Mais, malgré de nombreux efforts, ~~par~~ ^{par} la doctrine,

~~Les principes théoriques~~ ^{d'un tel} ~~et les méthodes~~ et les techniques ~~de~~ secourisme spécialisé, n'ont pas encore pénétré le monde des secouristes, ni même celui de ^{des} médecins yatchards encore (à quelques exceptions près) aux principes d'action et aux gestes du secourisme traditionnel.

Et ~~cependant~~ ^{partant} le prompt-recourisme sortie
spécialisé ~~(a)~~ déjà vu le jour : des médecins, anima-
teurs, des instructeurs, des moniteurs en recou-
risme l'ont créé ; ils en ont fixé les bases
Scientifiques ; ils ~~ont~~ ^{en} ont précisé les méthodes
et les tactiques ; ils en ont expérimenté les
techniques (*). Son efficacité, aujourd'hui
vérifiée, autorise ^{une vaste} diffusion, ^{un vaste} enseignement.

C'est le but de ce livre.

Quelques lecteurs, déjà informés des
~~certains~~ difficiles problèmes soulevés par les secours
pré-hospitaliers à apporter sur place et

* C'est le Service National de la Protection Civile qui a
permis la naissance et la vie du "secourisme sortier", de son
enseignement théorique, de la mise au point de ses méthodes
de ses techniques en ses différents formes pratiques. Nous
remercions ici les nombreux médecins, techniciens et spé-
cialistes qui nous ont aidés depuis 4 ans à tous les ma-
ins au point, effectués au cours de Stages au Centre National
d'Etudes de la Protection Civile de Nainville-le-Rodet
aux Centres interdépartementaux d'enseignement de mâcon
et de Blois.

d'urgence aux victimes de la route, remarquerait sans doute que ce livre est la suite logique d'un précédent ouvrage paru en 1961 et qui était, lui, plus spécialement ~~destiné~~ ^(*) aux médecins.

L'attention du corps médical français avait alors été nettement attirée sur les spectaculaires et immédiate état de polytraumatisés couverts de fracas, de plaies et d'échymoses, mais qui expiraient très vite plus souvent "d'asphyxie" qu' de shock.

Ce livre signalait l'inquiétante fréquence de dangereux, de méconnus et de d'autant de degats clandestins, si prédominants au crâne, à la colonne vertébrale et à la poitrine qu'ils imposaient la des regards rigoureux et à systématiser ~~et~~ par mesure de prudence à

* Les blessés de la route par M. ARNAUD (Masson & Cie Edit. 1961)

tout bléni de la route. Il insistait éga-
lement sur la difficulté de secourir d'urgence
et efficacement certaines victimes "incarcé-
rés" dans les carrosseries, ~~moulés sur~~
~~elles~~, enserrés par les tôles déformées et
dechirées; ~~et~~ il ~~parvenait~~ ^{parvenait} les moyens de
leur dégagement. ^{parfois même entourés}
^{de flammes}

Dans ce livre, se dessinaient déjà
l'importance et les formes d'un prompt-
-secourisme routier à venir, secourisme
adapté aux circonstances nouvelles des drames
de la route, ainsi qu'aux dimensions des
dommages les plus souvent observés.

Mais l'esprit des hommes n'était
pas encore prêt d'admettre que fussent
changés sur ces points leurs habitudes
d'hier (*) ... et la pratique secouriste
traditionnelle s'est poursuivie en tra-

* "On ne se débarrasse pas d'une habitude
"en la flanquant par la fenêtre; il faut lui
"faire descendre l'escalier marche par marche"
(Marc Twain).

gue" et d'une inévitable ^{organisation} ~~réponse~~ de secours et soins "pré-hospitaliers" que tout ^{non en texte, mais} presse ~~de~~ ~~organiser~~ mettre en marche.

x
x x d'actions et
Nombre d'hommes, de bonnes et ~~de~~ intelligentes volontés, sont aujourd'hui décidés à faire résolument front aux drames de la route dans leurs actuelles dimensions et dans tout leur réalisme. Nombre d'entre eux se préparent à voler au secours de appels angoissés et à tenter de faire échec à la mort sur les bords de nos routes.

C'est pour ces hommes là, que ce livre a ^{été} ~~été~~ ^{écrite} ~~écrite~~ une doctrine succincte ~~relative~~ à la dimension du rôle.

9

Chapitre I

" Si chacun connaissait les soins d'urgence à donner aux blessés [de la route], il serait possible en effet, non seulement de sauver des milliers de vies, mais aussi d'empêcher de nombreux cas d'invalidité permanente "

(Comité Régional de l'Europe de
l'Organisation mondiale de la Santé -
- Rapport 1963).

Le « Précis » de Secourisme Routier de 1971

Puis la première édition du premier ouvrage français de secourisme routier sort enfin en 1971 chez France Sélection*1. La table des matières nous offre toute la réflexion des années précédentes et les mises au point auxquelles ont participé, notamment DUFRAISSE et RAVOT pour les sapeurs pompiers et le sous préfet ARRIGHI pour la partie réglementaire, administrative et l'organisation des secours.

On voit bien la nécessité de faire comprendre d'abord à ceux qui doivent ou prétendre vouloir secourir les accidentés de la route, comment se fabriquent ces « polytraumatisés » et comment on va les découvrir lors de « l'abordage ».

On notera, dans le chapitre IV sur les premiers secours :

- Rôle des premiers témoins (Protection, L'alerte, Les gestes d'extrême urgence : l'asphyxie, l'hémorragie grave). Il est important de retenir le problème du MCE (massage cardiaque externe) vis-à-vis des accidentés graves de la route. C'est la raison pour laquelle bien évidemment, le MCE ne fait pas partie des « 5 gestes ».

L'ouvrage comprend une préface écrite par le Docteur Bernard LAFAY*2. Il expose bien comment les précurseurs de ce nouveau secourisme voyaient les interventions (le sang, la boue, la graisse, le feu...). Les sapeurs pompiers y étaient prêts, hommes de terrain, moins les médecins en blouse blanche des hôpitaux qui hésitaient encore à sortir de leurs murs et suivre l'exemple de Paul BOURRET.

Ainsi naissait un nouveau programme de formation au secourisme, complémentaire à la formation de base (BNS) puis à la « spécialisation » ranimation. La « spécialisation » en secourisme routier ne pouvait intervenir qu'après ces deux étapes (préalables et obligatoires).

Après la préface du Docteur LAFAY, il y avait un « avant propos », en pages 9,10 et 11 (publié dans le tome I), signé par le Professeur André SICARD, autre grand nom de la médecine.

Ce que nous pouvons en extraire pour enrichir et conserver notre connaissance des polytraumatisés de la route, ce sont les tableaux qui indiquent si clairement leurs lésions (tableaux XI et XII pages 88 et 89), puis les gestes à pratiquer immédiatement (page 90) - (c'est-à-dire ventiler pour le témoin, oxygéner pour le sapeur pompier ; faire face au shock (détresse circulatoire) par la compression des hémorragies externes par le témoin, pansements compressifs ou plus par le sapeur pompier ; des gestes médicaux ensuite par le médecin urgentiste, aujourd'hui le SMUR.

*1 Rappelons que la société France Sélection et tout particulièrement son Président Directeur Général, Fondateur, M. Joseph Raymond FUSILIER, a joué un rôle prépondérant dans la diffusion du secourisme dans notre pays, en publiant dans sa revue trimestrielle des textes de Marcel ARNAUD. La revue PCSI – devenue SCI – a également publié de nombreux textes de notre Président d'Honneur Paul REYNAËRT qui faisait régulièrement mention de l'action des jeunes secouristes du département du Nord (ESPC de Wasquehal) et des « 5 gestes qui sauvent ».

*2 J'avais pris contact avec l'ancien ministre, également élu du 17^{ème} arrondissement de Paris (siège de l'Etat Major de la BSPP). Lors d'une réunion de l'UNPC, Madame M.A. SCHWINDENHAMMER se dirigea vers lui, avec moi, pour l'informer de la mise au point, par moi-même, d'une appui en dur permettant le MCE au niveau du sternum afin d'éviter les fractures de côtes. Il était alors assis à la table avec le Général CASSO. Ils trouvèrent le projet « ingénieux », je le fis suivre au Médecin Colonel ROBERT, médecin chef de la Brigade, qui me rencontra. Mais aucune aide financière n'aura permis d'expérimenter mon idée qui n'en resta qu'à l'état de projet (mais le concept de base fut utilisé ensuite en milieu hospitalier avec une machine pour masser un cœur d'une manière permanente).

PROFESSEUR MARCEL ARNAUD

Membre de l'Académie de chirurgie
Membre correspondant de l'Académie de médecine

et

MÉDECIN GÉNÉRAL GENAUD

MÉDECIN LI-COLONEL DUFRAISSE, SOUS-PRÉFET ARRIGHI,
CAPITAINE RAVOT

PRÉCIS DE SECOURISME ROUTIER



Ouvrage agréé par le Ministère de l'Intérieur



TABLE DES MATIERES

<i>Préface</i>	7
<i>Avant-propos</i>	9

CHAPITRE PREMIER

DONNEES GENERALES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE 13

I. - Evolution	15
II. - Facteurs d'accidents	16
<i>Lieux - Particularités de la route - Jours - Horaire -</i> <i>Saisons</i>	16
<i>Véhicules - Victimes</i>	17
<i>Place dans le véhicule - Sexe</i>	18

CHAPITRE II

LES FACTEURS MATERIELS ET HUMAINS 19

I. - Les facteurs matériels	19
Lois physiques de la collision	19
<i>Accélération et décélération</i>	19
<i>Accélération de la pesanteur : g</i>	19
<i>Energie cinétique</i>	21
<i>L'absorption d'énergie</i>	24
Mécanisme des lésions	25
<i>Les impacts</i>	25
<i>L'augmentation du poids des viscères</i>	29
Comportement du véhicule et des passagers lors des collisions	31
L'environnement hostile	34
Fréquence et gravité des lésions dominantes	37

II. - Les facteurs humains	42
Etat de santé	44
Troubles du comportement	45
La fatigue	46
Le facteur alcool	47
<i>Seuil légal d'alcoolémie</i>	51
<i>Prévention</i>	52
Le facteur médicaments	53
Distances d'arrêt	54
Les facteurs dus à l'affolement et à l'angoisse	56
III. - Motocyclistes - Piétons	57
Motocyclistes	57
<i>Mécanisme de l'accident</i>	58
<i>Mécanisme des blessures</i>	59
<i>Répartition des blessures</i>	62
Piétons	62
<i>Mécanisme de l'accident</i>	62
<i>Mécanisme des blessures</i>	63
<i>Schéma des blessures</i>	64

CHAPITRE III

LES ASPECTS PARTICULIERS DES BLESSES DE LA ROUTE (LES POLYTRAUMATISES)

	65
I. - Les atteintes des grandes fonctions vitales ...	66
Vie végétative et vie de relation	67
Le cerveau basal	72
Les souffrances du cerveau basal	77
II. - Les atteintes loco-régionales	91
Crâne	91
Face	94
Colonne vertébrale	98
Thorax	100
Abdomen	108
Membres	109
III. - Les interactions traumatiques	114

CHAPITRE IV

LES PREMIERS SECOURS	123
Rôle des premiers témoins	123
Protection	123
L'alerte	126
Secours d'urgence	128
<i>Les gestes d'extrême urgence</i>	128
<i>L'asphyxie</i>	129
<i>L'hémorragie grave</i>	132
<i>Le problème du massage cardiaque externe</i>	134
<i>Les extincteurs</i>	140

CHAPITRE V

L'ORGANISATION DES PROMPTS-SECOURS	145
I. - Plan de secours routier	145
II. - Liaisons	147
III. - Ambulances	150

CHAPITRE VI

L'INTERVENTION DE L'EQUIPE DE PROMPTS-SECOURS	153
I. - Reconnaissance	153
II. - Les manœuvres	154
Victimes dégagées (éjectées ou déjà extraites)	154
Victimes restées engagées (incarcérées, enferrées ou piégées)	157
Commentaire	159
<i>L'abordage</i>	162
<i>Le dégagement - Matériel de désincarcération</i>	165
<i>La cueillette</i>	171
Recherche et surveillance des constantes vitales	176
III. - Evacuation - Transport	186
IV. - Rôle du médecin	190
	231

CHAPITRE VII

PREVENTION (généralités)

	193
I. - La route	193
II. - Le véhicule	194
Entretien et contrôle	194
Amélioration de l'aménagement	195
<i>Choc du véhicule contre l'obstacle</i>	195
<i>Choc de l'homme contre le véhicule</i>	195
<i>Les ceintures de sécurité</i>	195
<i>Coussins pneumatiques de sécurité</i>	199
<i>Autres améliorations</i>	200
<i>Protection du crâne</i>	200
III. - Le conducteur	201
<i>L'éducation du public</i>	201
<i>Mesures administratives</i>	205
<i>La limitation de vitesse</i>	205
<i>Le contrôle médical</i>	207

CHAPITRE VIII

ROLE DE LA PROTECTION CIVILE 209

I. - Services en cause dans l'accident de la route	209
II. - Coordination par la Protection civile	210

CONCLUSIONS 212

ANNEXE

NOTIONS SUCCINCTES DE MECANIQUE ET DE DEPANNAGE 217

I. - Notions succinctes de mécanique automobile	217
Le moteur	217
Les organes de transmission	218
Les organes complémentaires	219

II. - Notions succinctes de dépannage	221
Système d'alimentation et de carburation	221
Système d'allumage	222
Système de refroidissement et de graissage	223
Système d'utilisation	224
Freins	224
Incendie	225
Index	227

PRÉFACE

Ce qui caractérise, en cette seconde moitié du siècle, l'accident de la route, c'est qu'il n'est plus accidentel... Les morts et les blessés, les handicapés, les veuves et les orphelins de la route sont entrés dans un chapitre de la description statistique de la société moderne. Nous ne sommes peut-être pas encore résignés aux hécatombes régulières provoquées par l'Automobile mais, hélas, nous commençons à nous y habituer. Et l'habitude du mot mène vite à son acceptation...

C'est pourquoi nous devons nous féliciter que des hommes de science et de foi se refusent à accepter comme une fatalité un fléau qui, comme beaucoup d'autres, trouve ses causes dans l'imprudence, dans l'égoïsme, dans la négligence, dans l'ignorance.

En publiant ce « Précis de secourisme routier », les éminents spécialistes qui en ont établi le texte, en accord avec le ministère de l'Intérieur, qui a donné l'agrément officiel à un ouvrage dont l'utilité apparaît évidente, se sont adressés, certes, aux praticiens du secourisme mais aussi au vaste public concerné par les risques de la circulation.

Les techniques du secourisme routier se placent dans le cadre général du secourisme, mais elles imposent des connaissances qui constituent véritablement une discipline particulière. Cette dernière demande d'exceptionnelles qualités de dévouement, de sang-froid, de méthode et surtout un sens affirmé du travail d'équipe.

Etre secouriste routier, c'est avoir assimilé des notions théoriques, pratiques et opérationnelles complexes, mais c'est aussi être prêt à les mettre en action dans les champs et les ravins, dans les fourrés et les décombres, les mains dans le sang, dans la boue, dans la graisse ou dans le feu...

La nuit, le jour, par le froid, la brume ou l'ardeur brutale du soleil, les secouristes interviennent pour les autres, pour ceux qui souffrent, pour ceux qu'ils sauvent.

On trouvera dans ce « Précis », qui répond au programme officiel de la spécialité de secouriste routier, l'exposé clair et complet des connaissances permettant d'accomplir correctement et efficacement les missions délicates de sauvetage des accidentés : connaissance générale des blessés de la route, des raisons et des processus physiques des drames, de la motivation des incidents bio-pathologiques ; connaissance des gestes les mieux adaptés aux manœuvres de secours et des matériels appropriés d'approche, de levage, d'écartement, d'amarrage, d'éclairage, d'appareillage, etc... Tout cela, c'est la condition du secourisme de haute qualité, préoccupation commune à ceux qui sont chargés de l'enseigner, et à ceux qui ont vocation à l'appliquer.

Mais, quelle que soit la valeur de techniques qui ont beaucoup progressé depuis quelques années, grâce en particulier aux travaux de l'école traumatologique française, il reste que le secourisme naît d'un mouvement du cœur, disons comme autrefois, de l'amour du prochain. Les secouristes — je songe aux admirables bénévoles de la Croix-Rouge française et des associations de Protection civile, à nos gendarmes, à nos C.R.S., à nos policiers urbains et avant tout à nos sapeurs-pompiers — témoignent d'un esprit civique exemplaire auquel il convient de rendre hommage.

Je souhaite que le « Précis de secourisme routier » leur permette de se préparer à bien remplir la tâche difficile qu'ils ont volontairement choisi d'assumer. Ainsi pourront-ils faire reculer un des plus redoutables fléaux nés du progrès technologique. Ainsi démontreront-ils que l'homme reste capable de maîtriser les menaces liées aux créations à la fois excellentes et dangereuses de son génie.

Docteur Bernard LAFAY,
Secrétaire d'Etat au Développement
industriel et scientifique,
Membre de l'Académie de médecine.

RESUME

Résumons maintenant en quatre tableaux l'essentiel de ce qu'il faut très bien connaître et enseigner sur l'aspect particulier des blessés de la route, c'est-à-dire sur l'aspect du *polytraumatisé* de la route, aspect où, comme on l'a dit, se superposent aux dégâts invisibles et profonds des viscères médians et hauts du corps (ceux dont les lésions tuent vite par les états de détresse), les dégâts visibles et spectaculaires moins immédiatement dangereux pour la vie.

Le premier tableau n° XI rappelle que les polytraumatismes de la route égalent A (c'est-à-dire des lésions visibles de l'extérieur) plus B (c'est-à-dire des lésions invisibles de l'extérieur). Les premières sont visibles parce qu'elles déforment les membres luxés, fracturés ou enfoncés, parce

TABLEAU XI

POLYTRAUMATISMES DE LA ROUTE \equiv	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">A</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Lésions VISIBLES de l'Extérieur</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p>1 - DÉFORMANTES (Luxations, Fractures, Enfoncements)</p> <p>2 - TRACANTES (Échymoses, Érosions)</p> <p>3 - SAIGNANTES (Plaies, Broiements)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">Péril Immédiat : HÉMORRAGIE</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">Péril Secondaire : SHOCK</p> </div>
+	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">B</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Lésions INVISIBLES de l'Extérieur</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p>1 - VERTÉBRALES (Luxations, Dislocations, Fractures)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">Péril Immédiat : PARALYSIE</p> <p>2 - VISCÉRALES (Contusions, Déchirures, Eclatements)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">Péril Immédiat : DÉTRESSES</p> </div>

qu'elles laissent leurs traces sur la peau, y donnant ecchymoses ou érosions et parce qu'elles provoquent des saignements au niveau des plaies ou des broiements.

Le péril immédiat de ces dommages visibles, c'est surtout l'hémorragie ; le péril secondaire, c'est la survenance possible du shock.

Les secondes lésions (en B) sont invisibles de l'extérieur, ce qui les laisse souvent méconnues : lésions vertébrales,

d'une part, par possibilité de luxation, de dislocation ou de fracture (parfois à plusieurs hauteurs) de la colonne vertébrale et surtout d'autre part *lésions de viscères essentiels à la vie* qui peuvent être désinsérés, contusionnés, déchirés ou éclatés. Le péril immédiat des lésions vertébrales est la paralysie des membres par atteinte des fonctions de la moelle, mais le plus considérable danger créé par les lésions des viscères est constitué par les *immédiates détresses qui frappent les fonctions vitales* (respiratoire, circulatoire et nerveuse).

Le deuxième tableau n° XII qui exprime les dommages essentiels résultant des lésions A (visibles) et des lésions B (invisibles) résume la situation en précisant que pour les premières, ils consistent en fracas visualisés par des plaies et par du sang, tandis que pour les secondes, ce sont des *états de détresse. C'est la survie qui est en immédiat péril.*

TABLEAU XII

POLYTRAUMATISMES DE LA ROUTE	
DOMMAGES	
	Lésions VISIBLES de l'Extérieur :
(A)	FRACAS } PLAIES SANG
+	
	Lésions INVISIBLES de l'Extérieur :
(B)	SURVIE EN PÉRIL

Toujours dans les mêmes circonstances, le troisième tableau n° XIII précise les dangers. Il spécifie bien que les risques des lésions A (visibles) se situent surtout dans l'avenir, tandis que les lésions B (invisibles) entraînant des *états immédiats de détresse* sont des *risques de mort immédiate.*

La portée secouriste pratique s'exprime dans ce dernier tableau n° XIV qui résume les grands gestes de secours chez les polytraumatisés.

TABLEAU XIII

POLYTRAUMATISMES DE LA ROUTE	
DANGERS	
(A)	Lésions VISIBLES de l'Extérieur :
+	PÉRILS POUR L'AVENIR
(B)	Lésions INVISIBLES de l'Extérieur :
	ÉTAT DE DÉTRESSE

En A, face aux lésions visibles, c'est l'emballage, l'appareillage (symbolisé par une attelle) qui s'imposent, tandis qu'en B, face aux lésions invisibles, c'est essentiellement la *ranimation ventilatoire* qui convient et pour laquelle le sigle O₂ de la ranimation oxygénée respiratoire exprime l'indispensable urgence.

TABLEAU XIV

POLYTRAUMATISMES DE LA ROUTE	
SECOURS	
A	Lésions VISIBLES de l'Extérieur
+	APPAREILLER
B	Lésions INVISIBLES de l'Extérieur
	RANIM²ER

« Les blessés de la route » de 1961

Dans son premier ouvrage*, plus médical (voir d'autres extraits dans les tomes II et III), Marcel ARNAUD aborde tous les détails pour expliquer la fabrication des polytraumatisés de la route.

Par exemple, page 13, le chapitre premier, il traite du traumatisme en indiquant que le lecteur y trouvera plus de documents analytiques que d'exposés théoriques. Il veut expliquer plus par de nombreux exemples ou chiffres qu'uniquement des pages et des pages de commentaires.

On peut retenir, de la citation de DESCARTES qu'il utilise pour ce chapitre, les derniers mots « à procurer autant qu'il est en nous le bien général de tous les hommes ».

Il est ainsi fondamental pour Marcel ARNAUD de faire connaître à tous ceux qui sont concernés ou le seront, ces connaissances indispensables sur la traumatologie routière qui déboucheront sur la création du secourisme routier et la médicalisation des secours aux accidentés de la route, première cible des premiers SMUR et SAMU – avant de s'étendre aux autres détresses.

La partie de l'ouvrage consacrée au « stade immédiat », c'est-à-dire aux premiers instants après l'accident, est l'une des plus importantes et la reste, 45 ans après la sortie de cette « bible » des premiers secours sur la route.

Sous le sous-titre « Alerte ! Au secours ! », une citation tout d'abord de KULOWSKI, que l'on comprend (pour son choix) de la part de Marcel ARNAUD :

« ...Tous les membres de la communauté devraient être initiés à ces secours.... ».

Certes, à l'époque, il s'agissait aussi des médecins non urgentistes, souvent dépourvus lorsqu'ils se retrouvaient seuls devant une urgence, même en dehors de la voie publique. Mais il s'agit du grand public, des témoins, qu'il était aussi important d'instruire en lui apprenant « les gestes qui sauvent »

On notera la référence (renvoi 2, page 62) aux 2èmes Assises Nationales sur les accidents de la route organisées par l'ACMF à la Faculté de Médecine de Paris, du 2 octobre 1960.

Toute l'organisation pour la phase de médicalisation était à mettre en place sur l'ensemble du territoire national, pour l'intervention sur les lieux (SMUR), la coordination de l'ensemble (SAMU) et surtout l'accueil hospitalier avec des équipements adaptés et du personnel formé.

Aussi, à la fin de ce livre fondateur, page 115, avons-nous à propos de cet accueil hospitalier, une illustration des efforts qu'il était nécessaire d'entreprendre de la part de nombreux établissements d'accueil à propos des déplacements des victimes (notamment gravement atteintes), depuis le brancard, le premier, des lieux de l'accident, jusqu'au lit...

Même si ce n'est plus le cas en 2006, tout est loin d'être parfait, notamment lors du moment crucial du premier transfert, celui du brancard de l'ambulance à celui (lit, chariot, brancard...) du service d'urgence qui accueillera le blessé.

* Que le Professeur ARNAUD me dédicacera, le 17 avril 1970, à l'issue du stage d'une semaine de formation de moniteurs de secourisme routier, à Châtel Guyon : « A M Burggraeve en souvenir de journées d'un stage destiné à bien secourir » – tout en entourant les blessés de la route sur la première page de son livre.

CHAPITRE PREMIER

LE TRAUMATISME

« Mais sitôt que j'ai eu acquis quelques notions générales touchant la physique..., j'ai remarqué jusques où elles peuvent conduire, et combien elles diffèrent des principes dont on s'est servi jusques à présent, j'ai cru que je ne pouvais les tenir cachées sans pécher grandement contre la loi qui nous oblige à procurer autant qu'il est en nous le bien général de tous les hommes. »

(DESCARTES.)

A. — PRÉAMBULE

Le lecteur va trouver dans ce chapitre plus de documents analytiques épars, propres à faire réfléchir, que d'exposés théoriques synthétisant une doctrine précise et établie.

Les thèmes ici évoqués ne sont souvent exprimés que du bout des lèvres; il eût été, en effet, inexact de les affirmer tous avec force, alors que tant de travaux, d'importance capitale, n'ont encore apporté sur de nombreux points de biophysique que des conclusions très partielles.

Cependant, pour refléter avec le plus d'objectivité possible l'orientation actuelle des idées-forces biomécaniciennes qui servent

de base à une traumatologie moderne déjà en marche (1), avons-nous résolu d'évoquer le sujet sous la forme analytique et fractionnée qui a semblé, pour l'heure, lui convenir le mieux. Bien entendu, nous n'avons strictement conservé que les documents essentiels à la compréhension des seuls blessés de la route.

On nous excusera donc d'avoir usé pour cela d'exemples, de figures et de schémas commentés; et d'avoir préféré ce mode inhabituel d'exposé à la rédaction de conclusions synthétiques qui eussent obligatoirement exprimé, dans un domaine où seule compte la science expérimentale pure, des idées par trop personnelles et subjectives.

**B. — PEUT-ON AUJOURD'HUI EXPLIQUER ET COMPRENDRE
LES RAISONS SPÉCIALES QUI VALENT AUX GRANDS BLESSÉS
DE LA ROUTE LEURS ÉTATS PATHOLOGIQUES SI PARTICULIERS ?**

1^o L'homme et les lois de la physique

Les exemples abondent de plus en plus : les grands traumatismes modernes éclatent en des complexes lésionnels de telles dimensions, qu'il faudrait aujourd'hui, pour avoir de l'état des victimes une *idée d'ensemble* approximativement exacte, introduire dans le débat diagnostique, à côté des éléments cliniques et para-cliniques, les informations les plus précises possible sur les circonstances purement physiques de l'accident.

Ces circonstances agressives (mécaniques, dynamiques, cinétiques) prennent, en effet, un caractère si fracassant et brutal par l'éclat de leur violence et par l'intensité de leurs impacts, qu'il n'est plus possible que les traumatologues oublient ce fait fondamental que *les lois de la physique pure jouent dans leur intégralité partout* et qu'elles s'appliquent aussi complètement aux structures

(1) Parfaitement lancée, sous sa forme particulière de traumatologie de guerre en 1916, oubliée peu à peu ensuite; c'est surtout à V. PUTTI, WATSON-JONES et BÖHLER que les *secours et soins aux traumatisés* doivent le plus de diffusion.

Nous tenons à préciser à nouveau que les pages qui précèdent et où nous avons essayé de décrire les diverses allures cliniques des victimes puis d'expliquer les raisons de leur fracassante pathologie, *n'ont eu strictement en vue que les blessés au stade immédiat du drame, au bord même de la route.*

C'est sous l'angle seul d'une traumatologie « en campagne », attentivement observée dans l'évolution pathologique de ce stade de « première ligne », que les thèmes ont été exposés.

Si nous avons surtout désiré ici serrer au plus près le réel, nous devons loyalement informer le lecteur que les tableaux et les enseignements qui précèdent présentent sans doute des lacunes. Celles-ci viennent du caractère fragmenté et encore restreint d'une expérience chirurgicale qui, en France, et en ce qui concerne ce stade pathologique, n'a pas encore eu son entier développement.

D. — ALERTE ! AU SECOURS !

« Il est essentiel de pouvoir donner des secours de première urgence en la période la plus critique des blessés. Tous les membres de la communauté devraient être initiés à ces secours... les médecins en particulier. »

« Les récentes dispositions concernant l'importance de la ressuscitation devraient être beaucoup plus largement connues et comprises. »

(J. KULOWSKI, 1960.)

Sans doute, le lecteur a-t-il remarqué que nous avons, au cours de ce chapitre, bouleversé l'ordre logique des actions puisque, rompant leur chronologie, avant même de donner l'alerte et d'appeler des secours, nous nous étions penchés sur les victimes en bord de route pour les observer et les étudier.

ALERTE! AU SECOURS!

Si nous avons ainsi d'emblée tenu à bien situer ces blessés dans la gamme de nos connaissances et, en traçant tout de suite à larges traits l'essentiel de leurs souffrances, à essayer de comprendre dès le début aussi bien les filiations que les interférences des séquences réactionnelles, c'est bien parce que nous avons le désir de convaincre le lecteur de l'importance capitale de cette dramatique et angoissante phase immédiate, encore si mal connue en France, des blessés de la route. C'est également pour projeter la lumière sur ce fait absolument crucial pour les victimes que *les pires transformations pathologiques de leurs grandes fonctions vitales s'effectuent toujours entre le moment de l'accident et celui de l'arrivée à l'hôpital.*

C'est bien, en effet, au cours de cette période, qui ne dure que quelques quarts d'heure à peine, que les plus grands blessés (1) jouent tout leur destin et peuvent passer de vie à trépas; et que d'autres, moins durement frappés (2), voient se décider (s'éviter ou se provoquer) tout un avenir d'irréparables et d'invalidantes séquelles.

C'est dire toute l'importance que nous voulons accorder à ce stade préhospitalier de l'accident et c'est, partant, venir réaffirmer notre conviction qu'*il est absolument nécessaire de porter immédiatement secours aux victimes, là où elles sont tombées.* De tels secours doivent être habiles à ressusciter les moribonds et à préserver de la mort les plus dangereusement blessés; ils doivent protéger l'avenir des victimes au cours des manœuvres de relevage et de transport.

Pour assumer de telles charges, dont la plus délicate et la plus urgente consiste à donner aux plus grièvement blessés « *leurs meilleures chances de survie* », il est bien certain qu'il faut *une grande promptitude* dans l'arrivée de ces secours. L'image n'est pas excessive qui demande aux équipes de ressuscitation, de sauvegarde et de transports de « *voler au secours* » des victimes de la route.

Cette *rapidité d'intervention* des premiers secours est le facteur capital qui commande toute leur organisation; c'est elle qui détermine toute leur efficacité. Elle est donc l'objectif qu'il faut atteindre en priorité et, cela, coûte que coûte.

Une organisation si parfaite soit-elle en personnel et en matériel technique qui serait incapable d'une intervention très rapide, serait dans l'impossibilité de démontrer sa valeur thérapeutique

(1) C'est le cas des asphyxiques comateux atteints au crâne et au thorax.

(2) C'est le cas des blessés du rachis, par exemple.

de sauvegarde et d'affirmer ses vertus salvatrices; la plupart du temps elle arriverait trop tard, après que les victimes auraient déjà été tant bien que mal relevées et transportées.

Même savants par leurs équipiers et idéalement sûrs par leur matériel, des secours trop longs à intervenir failliraient à leur mission secourante.

*
* *

L'accord nous paraît aujourd'hui réalisé sur les nécessités pratiques d'une telle organisation; aussi ne servirait-il à rien de revenir, en prologue de ce paragraphe, sur les thèmes qui ont alimenté en France, quatre années durant, des polémiques sur l'opportunité, l'efficacité ou la nocivité et sur les possibilités du prompt-secours routier (1).

Les faits se sont chargés jour après jour de forger cette doctrine; nombre d'observateurs lui accordent aujourd'hui, partout dans le monde, suffisamment de faveur pour qu'elle ne paraisse plus désormais discutable.

Il faut bien reconnaître d'ailleurs que l'implacable et fracassante réalité des dynamiques de la cinétique actuelle fabrique des victimes marquées par des lésions si sévères et agies par des réactions si graves, que *les blessés ne peuvent plus s'accommoder des improvisations charitables et des inconfortables secours du passé.*

Le public lui-même l'a fort bien compris; justement angoissé par l'inquiétante hécatombe routière et par sa croissante létalité, il se tourne aujourd'hui en confiance vers ce concept du relevage et du transport organisés et surveillés.

Sur ce concept, aujourd'hui éprouvé par d'heureuses réalisations, médecins, techniciens, secouristes, administrateurs et juristes se sont formellement et nettement mis d'accord en plus d'une occasion (2).

C'est aux techniciens des administrations et des Pouvoirs publics que sont maintenant dévolues l'organisation et la mise en pratique qui ne sauraient tarder.

(1) Il est curieux de remarquer qu'aucune discussion de cet ordre ne s'est élevée à propos du relevage et du transport des blessés, là où des systèmes cohérents et déjà organisés s'avèrent bénéfiques et sûrs: ainsi en est-il des grandes Cités où les voitures de secours des polices urbaines, des pompiers ou d'organismes privés, en alerte continue, accourent à l'appel du premier témoin. Il ne viendrait à l'idée de personne de prendre en charge « coûte que coûte » une victime d'accident grave découverte fortuitement sur un boulevard de ces Cités.

(2) La dernière prise de position publique date du 2 octobre 1960 (2^e Assises Nationales sur les Accidents de la Route. Réunion de l'A.C.M.F. Faculté de Médecine, Paris).

Malgré leur légendaire et réelle FRAGILITÉ, les polytraumatisés de la route ont à subir, avant tout traitement, de TROP NOMBREUX DÉPLACEMENTS DIRECTS. 8 sur 10 des Centres chirurgicaux sont INORGANISÉS sur le plan de l'accueil, du triage et de la réanimation de ces victimes. Comptons les déplacements qui leur sont imposés dans la pratique :

- 1° du sol au brancard de l'ambulance ;
- 2° du brancard de l'ambulance au brancard de l'hôpital ;
- 3° du brancard de l'hôpital à la table d'examen ;
- 4° de la table d'examen au brancard de l'hôpital ;
- 5° du brancard de l'hôpital à la table de radiologie ;
- 6° de la table de radiologie au brancard de l'hôpital ;
- 7° du brancard de l'hôpital à la table de pansement ;
- 8° de la table de pansement au brancard de l'hôpital ;
- 9° du brancard de l'hôpital au lit.

Si, après une étape de surveillance et réanimation, une opération chirurgicale est décidée, compter encore :

- 10° du lit au brancard de l'hôpital ;
- 11° du brancard de l'hôpital à la table d'opération ;
- 12° de la table d'opération au brancard de l'hôpital ;
- 13° du brancard de l'hôpital au lit.

Soit :

7 DÉPLACEMENTS si les lésions ne comportent pas de pansements ou de plâtre ;

9 DÉPLACEMENTS si des actes de petite chirurgie ou un plâtre s'imposent ;

13 DÉPLACEMENTS si le blessé doit subir après examen, radiographie, plâtre et réanimation une opération chirurgicale !

Il importerait que les médecins et les administrateurs fassent dans leurs services et leurs hôpitaux pour la SAUVEGARDE des blessés de la route un effort au moins égal à celui que font « en bord de route » les équipes de prompt-secours pour minoriser les « déplacements ».

ET DIRE QUE TOUT CELA
EST UN PROBLÈME DE « BRANCARDS » !

Et en guise de conclusion,

Il me revient le rôle de relever les « oublis » - sinon les ingratitude – de ceux qui « omettent », disons-le, le plus souvent volontairement, de citer le « Professeur ARNAUD ».

Nous ne leur demandons pas de faire son éloge ou de rappeler tout ce qu'il aura imaginé. Uniquement un peu d'honnêteté intellectuelle face à son œuvre immense et, rappelons-le désintéressée*.

André SOUBIRAN s'était insurgé contre le Docteur (de ou DE) KEARNEY, suite à des démêlés au sein de l'ACMF, mais aussi par le fait que ce dernier prétendait parfois avoir été « aussi » à l'origine de la notion de « polytraumatisés de la route ». Le Docteur SOUBIRAN a probablement tout dit vis-à-vis de ce médecin avide de porter à sa gloire les actions retentissantes d'un homme qui avait disparu, devenu concurrent des « assises sur les accidents de la route » de l'ACMF, avec les siennes, intitulées « assises sur les accidents du trafic ».

En 1997, je m'étonnais qu'un autre médecin connu, le Docteur Xavier EMMANUELLI, alors secrétaire d'Etat à l'action humanitaire (structure qui a disparu depuis) puisse faire publier un petit livre sur les secours, en relation avec la médecine d'urgence, sans citer une seule fois le nom de Marcel ARNAUD. Plus qu'une erreur il s'agissait pour moi d'un « oubli » impardonnable. J'écrivais donc le 19 avril 1997 au Docteur EMMANUELLI afin de lui en faire part.

Ce tome IV, s'il en était besoin, (comme les précédents), est là pour rétablir la vérité et prouver, avec des documents irréfutables, que le véritable fondateur de la médicalisation des secours (aux blessés de la route), aura été Marcel ARNAUD.

A partir de 1976, j'avais entrepris d'écrire toute mon histoire vis-à-vis du secourisme. Cette idée m'était venue à la suite d'observations d'un proche qui, ignorant une bonne partie des faits réels, « pensait » que mon action était « rémunérée » (les multiples formations au secourisme, les exercices, la présidence de mes associations et, bien sûr les « 5 gestes qui sauvent » !).

J'intitulais « Mémoires d'activités » ces premiers documents. Je donnais à chaque chapitre un titre. L'intérêt était de conserver intacts les étapes et les événements afin de ne pas les travestir avec l'épreuve du temps. Et c'est ainsi que je faisais parvenir au Professeur ARNAUD, le chapitre I « Une Vocation de Secouriste » (pour la période 1965-1967), en avril 1977, que je lui dédicaçais : « Au Professeur Marcel ARNAUD, un élève à son Maître ».

Le chapitre II « Servir le Secourisme », pour la période 1966-1968, écrit en juillet 1977 lui fut envoyé le 25 août 1977. J'ignorais à cette date qu'il venait de nous quitter le 18 août.

* En ce qui concerne le secourisme, la situation s'est détériorée progressivement, à partir des années 80, pour arriver à l'aberration qui consiste, aujourd'hui, à facturer les formations comme s'il s'agissait d'une « prestation » comme une nôtre. Or, auparavant, la formation au secourisme de la population était quasiment gratuite. Seule une mince cotisation était perçue par les associations, essentiellement pour régler le montant de l'assurance obligatoire de chaque candidat et parfois (ce fut le cas des ESPC de Wasquehal, des équipes SOS puis de l'ASAR) en y incluant le prix d'un ouvrage de secourisme que nous commandions pour toute la session de formation afin d'en obtenir un coût plus réduit. Il suffit de regarder sur Internet pour constater combien des formations de quelques heures, assurées parfois par des médecins « vacataires », du service public, sont facturées ! Comment alors inciter les jeunes à se former à l'AFPS ? Et proposer à certains d'entre eux de s'engager au sein des associations, s'ils doivent encore payer et payer pour servir le secourisme ?

Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence

Objectif principal: Création en France d'un Ministère de la Protection Civile
Président d'honneur: Paul REYNAËRT (†) "Pionnier de la Protection Civile"

PERSONNELLE

Le 19 avril 1997

Monsieur le Docteur Xavier EMMANUELLI,
Secrétaire d'Etat à
l'action humanitaire d'urgence,
8 avenue de Ségur,
75700 PARIS

Monsieur le Ministre,

J'ai lu, avec un certain décalage, le livre que vous avez publié avec votre fils, intitulé "au secours de la vie, la médecine d'urgence".

Après l'historique que vous faites des "premiers secours" pour lequel je n'ai aucune observation particulière, vous abordez à partir de la page 41 la création des SAMU.

Vous citez le Professeur Maurice CARA (fondateur du SAMU de PARIS) et le Professeur LARENG pour TOULOUSE.

Vous relatez la première expérience de "médicalisation" par le Professeur Paul BOURRET à SALON DE PROVENCE mais hélas, et cela est impardonnable pour des médecins de l'urgence que vous êtes, vous ne mentionnez pas l'oeuvre de pionnier du Professeur Marcel ARNAUD.

Vous citez Louis SERRE pour MONTPELLIER et M. HUGUENARD pour le département du Val de Marne, mais le concept de la médicalisation a bien été initié par Marcel ARNAUD.

C'est lui qui avait demandé à Paul BOURRET de mener une expérience à SALON, en 1957, ville moyenne qui pouvait s'y prêter plus facilement.

Paul BOURRET me l'avait dit personnellement à MARSEILLE le 18 août 1987 lorsque je l'ai demandé pourquoi SALON ?

Nous nous étions retrouvés à cette date à l'initiative de l'ASAR (Association des Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX), que je présidais, pour honorer Marcel ARNAUD à l'occasion du 10ème anniversaire de sa disparition.

.../...

Outre sa fille, il y avait présents ses fidèles et disciples dont Maurice CARA, Louis SERRE que vous citez dans votre livre ainsi que le Professeur VIGOUROUX qui était alors Maire de MARSEILLE.

Ce n'est pas la première fois que Marcel ARNAUD n'est pas cité dans un historique de "médecine d'urgence". Je trouve cela très injuste et regrettable.

Il manque enfin dans votre ouvrage un élément capital, celui de la formation des citoyens aux premiers gestes d'extrême urgence sans quoi cette "médecine d'urgence" ne pourra jamais atteindre sa pleine efficacité.

C'est pourquoi, Marcel ARNAUD, parallèlement à ce concept de médicalisation a également conçu le Secourisme routier afin de mettre en place des secours adaptés pour les "blessés de la route" selon son ouvrage publié en 1961.

Vous avez rappelé l'engagement d'Henry DUNANT pour les blessés de guerre, vous n'avez pas cité Raymond PITET qui créa la Fédération Nationale de Sauvetage.

En citant la Baron LAREY, autre pionnier, vous vous deviez de citer notre Maître direct, Marcel ARNAUD.

Cet oubli malencontreux est très regrettable car pour les lecteurs non avertis le vrai précurseur des SAMU est ainsi oublié !

M. CARA, P. HUGUENARD, A. LARCAN, L. LARENG, L. SERRE notamment ont créé SMUR et/ou SAMU.

La médicalisation, d'abord des accidentés de la route, a aussi été entreprise par des médecins sapeurs-pompiers, eux-mêmes élèves de Marcel ARNAUD comme les Docteurs DUFRAISSE ou PRIM, mais ils n'ont qu'agi localement.

Le laboratoire de l'idée de Marcel ARNAUD, préparé dans son esprit il est vrai en Indochine durant cette guerre où il fut chirurgien, fut l'hôpital et le service du Professeur Paul BOURRET.

Marcel ARNAUD a fait le plus important, il a tout lancé, de 1957 à 1975. Il aura été aidé par René COIRIER au Ministère de la Santé et M. DEJOUR du Secours Routier Français.

Il est donc anormal, en conclusion, que vous ayiez omis de citer le Professeur Marcel ARNAUD. Car s'il est en effet impossible de citer tout le monde, Marcel ARNAUD n'est pas n'importe qui. Il devait être cité le premier s'agissant de la médicalisation des secours aux accidentés de la route.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, en ma haute considération.

Didier BURGGRAEVE

Président

Après ma véritable rencontre avec le Professeur Marcel ARNAUD, en avril 1970 (voir tome I), je suis resté en contact avec lui jusqu'à sa mort. L'éloignement (Lille – Marseille !) ne me permettait pas de le rencontrer comme je le rêvais probablement à cette époque...

Après Paris, en mai 1971, pour la conférence de l'UNPC, Nainville, pour le stage de pédagogie du Secourisme, je le revoyais à Saint Amand les Eaux, lieu temporaire d'une école départementale. Je lui écrivais en date du 11 décembre 1971.

J'étais fier d'avoir obtenu une « Bourse de la Vocation », à l'unanimité de son jury prestigieux. J'avais un papier à mon nom rappelant ce titre de haute valeur, pour moi, avec la date inoubliable du 1^{er} décembre 1970 car, dans la salle il y avait, outre ma Mère, mon meilleur ami, mon aîné et conseiller, Paul REYNAËRT et ils avaient pu ressentir en eux ce bonheur quand un honneur rejailli sur quelqu'un qui nous est cher.

J'écrivais à mon Maître à propos des « 5 gestes » et de la dernière réponse obtenue du ministre en charge des transports. Cette réponse était incohérente, certes, mais aussi démontrait l'incompétence de ce ministère en matière de secours aux accidentés de la route. A l'époque, il n'y avait que le ministère de l'Intérieur pour s'en préoccuper (Cf. citation de Marcel ARNAUD dans son projet d'ouvrage).

Je l'avais revu à Saint Amand, dans le Nord, car le créateur du Secourisme routier, malgré l'âge, parcourait toujours la France pour prêcher la bonne parole (Voir commentaires sur les stages dans les tomes précédents).

Ce sont en réalité les sapeurs pompiers et leurs médecins qui auront été les propagateurs du secourisme routier, en le pratiquant dans la réalité et en le diffusant.

Ainsi, dans « Le Sapeur Pompier », revue de la Fédération, dans un supplément de septembre 1998, l'ancien chef de corps d'Avignon revenait sur la mort de Marcel ARNAUD en ce 18 août 1977. L'auteur de l'article commente ensuite l'œuvre de celui qui créa ce nouveau secourisme. Il le termine en évoquant la « traction tête-pieds » que nous utilisions pour la mise en PLS ou pour la méthode de mise sur un brancard, de Marcel ARNAUD, en roulant la victime afin de ne pas la soulever.

Comme le dira Louis SERRE au Congrès de l'ANIMS à Montpellier en 1984, il n'a jamais été demandé de tirer n'importe comment et trop violemment. Si, des sauveteurs, vigoureux, ont pensé que plus la traction était forte, plus on protégeait le rachis, ils avaient évidemment torts. Ainsi, d'une traction « axiale », dans l'axe du corps, on parlera ensuite de « rigidification », puis uniquement de « maintien dans l'axe ».

La traction, au niveau des membres est pourtant connue en traumatologie des membres inférieurs notamment. Je me souviens, lors de mes interventions*, pour des fractures du fémur en particulier, combien les victimes étaient soulagées lorsque, avant de les placer dans un matelas coquille, j'exerçais une traction – non pas violente, mais forte – des deux jambes. Outre la suppression de la douleur, on évitait ainsi, si la fracture étant franche, totale, des dégâts au niveau des tissus musculaires voire des vaisseaux.

Pour la colonne vertébrale, afin de la préserver, la traction avait pour but de l'empêcher d'être chahutée durant les manoeuvres. Mais, comme pour d'autres techniques, l'apprentissage est essentiel ainsi que la connaissance anatomique, donc du corps humain, qui a ensuite été supprimé des formations au secourisme (?).

* Comme ambulancier professionnel, après ma formation au CHRU de Lille, de 1977 à 1981.

DIDIER BURGGRAEVE

Lauréat de la
Fondation de la
Vocation

1^{er} Décembre 1970

*" Quand la vie d'un
homme est en danger,
tout doit être fait pour
tenter de la sauver "*
Didier Burgraeve

Le 11 décembre 1971.

Monsieur le Professeur ARNAUD,
57, rue Dragon
13 - MARSEILLE

Cher Professeur,

Comme je vous l'ai dit à St. Amand, c'est toujours avec un réel plaisir que je vous revois et que je vous écoute.

Je pense que la photocopie ci-jointe vous intéressera. Il s'agit d'une récente réponse du Ministre de l'Équipement à une question posée à M. de Grailly, Député de PARIS à la suite d'une de mes démarches.

Je constate avec regret que le Ministre s'embourbe dans cette affaire. Remarquez que nous avons réussi à modifier son opinion car il y a 3 ans il était tout à fait contre.

Jamais nous n'avons demandé que les témoins d'un accident s'occupent du transport. Mais comme vous le dites si justement au Ministère on confond tout transport, sauvetage et le reste.

Je viens de répondre à M. de Grailly afin de lui demander si on va encore longtemps jouer avec les vies humaines sur les routes.

.../...

DIDIER BURGGRAEVE

Lauréat de la
Fondation de la
Vocation

*" Quand la vie d'un
homme est en danger,
tout doit être fait pour
tenter de la sauver "*

Didier Burgraeve

- 2 -

1^{er} Décembre 1970

J'essaie de convaincre le Gouvernement depuis cinq ans et à chaque intervention de député (il y en a eu plus de 150) on se retranche derrière des arguments tout à fait différents.

Le Ministère de l'Équipement n'a pas encore compris ou alors fait semblant que pour des milliers d'accidentés les secours arrivent trop tard (10 à 15 minutes) alors que ces blessés là succombent dans les 5 minutes.

Nous avons du pain sur la planche. Je sens que si ça continue je vais devenir caustique. Il faut que les Jeunes fassent changer tout ça ! Vous êtes pour nous, Cher Professeur, un exemple qui nous permet d'avoir le courage nécessaire dans la lutte que nous menons.

Restant à votre disposition, espérant vous revoir à nouveau très bientôt, je vous prie de croire, Cher Professeur, à mes sentiments respectueux et sincères.

Un neurochirurgien face aux accidents de la route...

Professeur Arnaud (1896-1977) : « Désamorcer la mort, relancer la vie »

Le colonel (e.r.) Michel Yorillo, ancien chef du corps d'Avignon, ancien vice-président de notre Fédération, s'en souvient comme si c'était hier : le 18 août 1977, le Pr Marcel Arnaud, pionnier du secours routier en France, dont il fut un proche collaborateur, succombait à une crise cardiaque dans la caserne, juste avant un entretien de travail... A 81 ans.

par **Bernard LAYGUES**

Communication FNSPF

c'est ce champ d'activité valorisant — tout comme la lutte contre les feux de forêt — qui a donné son sens à ma carrière professionnelle. D'ailleurs, c'est là que les sapeurs-pompiers contemporains se sont acquis la plus grande part de leur renommée. »

L'essentiel est dit, et bien dit. Reste à rappeler qui fut ce professeur, membre de

Marseille, comme médecin chef de service des Hôpitaux. Il y deviendra, en 1962, chirurgien consultant, puis professeur...

Des « commandos de secours... »

Dix ans avant tout le monde, Marcel Arnaud a perçu ce qu'allait être l'hécatombe routière et le drame des « polytraumatisés » induits en série. De quoi le faire s'engager résolument très en amont de la salle d'opération : « *au pied de l'arbre, là même où il convient de désamorcer la mort et de relancer la vie* », comme il disait. Alors, il va dénoncer en bloc la mauvaise qualité des premiers secours du moment et l'impéritie des autorités. Ce qu'il veut, avant tout : « *de véritables commandos de secours* », fondés sur une logistique, des techniques, des matériels et des savoirs nouveaux adoptés par ces sauveteurs-secouristes naturels qu'étaient pour lui les sapeurs-pompiers (il sera un temps conseiller de notre Fédération). En attendant, bien sûr, une vraie médicalisation des secours...

Sa retraite, il l'a passée au tableau noir de centres d'instruction (tel Nainville) ou d'hôpitaux (comme Necker, à Paris) ; à la tribune de nombreux congrès médicaux (obtenant même des assises de chirurgie sur « *Les polytraumatisés de la route* ») ; à la rédaction d'articles et de livres (*Les Blessés de la route...*) ; à la réalisation de documents audiovisuels ; ou encore à l'animation du Secours routier français... Mais on le vit alors tout autant au beau milieu des têtes froissées lors d'exercices en grandeur réelle qu'il animait, avec un sens aigu de la mise en scène, sur des routes nationales, notamment du côté de Blois.

Avec lui, tout changeait déjà avec les mots. On « ramassait » les blessés ? Lui, il allait les « CUEILLIR ». Image de la main douce et sûre autour du fruit fragile... Une ombre, quand même : la « traction tête-pieds » de la victime dans la méthode Arnaud — translation du sol au brancard par « roulage » — a cédé sous les critiques, précisément, d'une nouvelle génération de neurochirurgiens... Vérité en-deçà... erreur au-delà !



En 1972, à l'Ecole nationale de protection civile d'alors, déjà à Nainville-les-Roches (Essonne), les pionniers du secourisme routier.

De g. à dr. (debout) : Pr Serre, médecin col. Prim, Pr Arnaud, Pr Jolis, médecin col.

Dufraisse. (Assis, le directeur de Nainville, le sous-préfet Pierre Arnaud).

(Photo France-Sélection.)

Pour parler de Marcel Arnaud, le colonel Yorillo va droit au but : « *Tous les sapeurs-pompiers français instruits au secours routier dans les années 60 et 70 ont eu comme maître, directement ou par mille relais interposés, ce neurochirurgien de renom à l'époque, pionnier de la traumatologie routière. J'ai beaucoup travaillé sous son autorité médicale, avec notamment M. Galégo, l'inventeur de la célèbre cisaille de désincarcération. Le professeur avait les idées ; nous, nous préparions les outils, nous étions ses "mécanos"... Le secours routier fut d'ailleurs pour moi une révélation :*

l'Académie de chirurgie... Il était né, le 21 décembre 1896, à Foix. Etudiant, le voici au front, en 1917, comme médecin auxiliaire, toujours volontaire pour les missions périlleuses. Interne des Hôpitaux de Marseille dès 1920, il obtiendra par concours le titre, rarissime alors, de « chirurgien des Hôpitaux ». En mars 1939, on le retrouve à la direction du bateau-hôpital *Maréchal Lyautey*, à Port-Vendres, retour de la guerre d'Espagne. Il se réserve d'y opérer les cas désespérés.

Elève du célèbre neurochirurgien Martel, il sera, dans le Sud-Est, considéré comme le promoteur, dès 1940, de la neurochirurgie moderne. Après avoir dirigé, de 1946 à 1948, comme Lt-colonel, cette spécialité à l'hôpital Coste de Saïgon, le voici de nouveau à

Ce sont aussi les sapeurs pompiers, officiers ou médecins, à ses côtés, qui sauront le mieux lui rendre hommage après sa mort.

L'un des plus proches fut évidemment le Médecin Colonel Pierre DUFRAISSE (Voir tome II qui lui est dédié).

Mais comment ne pas publier ce texte retrouvé signé du Lieutenant Colonel ANDOIS.

Il le nomme « Ami des Sapeurs Pompiers », ce qui était la réalité même, il était toujours avec eux et parmi eux. Il ne recherchait pas en effet les honneurs. Il n'a pas agi pour un intérêt personnel. La conclusion de cet officier est la meilleure pour cerner l'homme : « dans l'action et dans la passion ».

Dans la revue de la Fédération, déjà, en 1961 (numéro 595) dont le secrétaire général – à la suite du tome II – a bien voulu adresser une photocopie, page 473, est présenté le livre « Les blessés de la route ». On se replonge ainsi en 1961 avec les doutes des sapeurs pompiers. Ci-après.

(On retrouvera sur la photo, parmi d'autres dans les archives, lors d'un exercice de désincarcération, à gauche, le Professeur ARNAUD qui en suit tous les détails).

Dans les archives de Marcel ARNAUD

J'en retire trois documents*, trois lettres, qui démontreront que pour le corps médical, c'est-à-dire ses représentants les plus qualifiés – ainsi que pour le ministère de la santé – le Professeur Marcel ARNAUD était bien, dès cette année 1961, la référence !

Le Professeur Robert MONOD aborde par sa lettre du 30 octobre 1961 les assises (de l'ACMF, créées en 1959, à l'instigation du Professeur ARNAUD comme le rappela le Docteur SOUBIRAN). Puis un projet de « journées d'étude ». Il faut bien lire cette lettre (« manque d'objectivité des services publics ») ainsi que la nécessité de fixer un « taux légal d'alcoolémie »... Un document !

Le Docteur BELENGER, de Bruxelles, écrit à Marcel ARNAUD le 28 novembre 1961. Il le questionne sur les prémices de la nouvelle organisation française et ajoute « l'incompréhension des pouvoirs publics est vraisemblablement identique », dans son pays.

Enfin, René COIRIER, le 30 novembre, le relance en vue d'une fiche de l'ONSER afin d'améliorer les statistiques des accidents de la route. M. COIRIER aborde aussi les expériences de Marcel ARNAUD pour le « diagnostic à distance », appelé aussi télédiagnostic, que certains ont cru découvrir (ou peut être cru inventer) il y a quelques années...

* Il est bien évident que toutes les lettres qui ont un caractère personnel et aucun lien avec l'œuvre de Marcel ARNAUD sont ou seront détruites. Les archives du Professeur ARNAUD doivent servir à expliquer son œuvre et à la faire découvrir aux nouvelles générations de sapeurs pompiers et de médecins de l'urgence.

Post Scriptum, Post Mortem

"Le professeur ARNAUD est mort le 18 août 1977 à 10 heures du matin, il avait 81 ans."

Seule consolation, il s'est éteint comme il l'avait toujours souhaité, c'est-à-dire debout.

Ami des Sapeurs-Pompiers, son dernier souffle fut pour nous ; lors d'une réunion de travail qu'il tenait à la caserne d'AVIGNON. Un livre et BOSSUET pour l'écrire seraient nécessaires pour situer cet apôtre infatigable. Avant d'être l'inventeur du secourisme routier, il fut un des meilleurs neuro-chirurgiens Français.

Responsable de ce service dans le corps expéditionnaire de LECLERC, c'est en Indochine qu'il se passionne pour "l'urgence" devenue aujourd'hui, et grâce à lui, une spécialité : "l'oxyologie".

Membre de l'Académie de Chirurgie, il n'aurait pas déparé celle de RICHELIEU. Fin lettré, il disséquait au bistouri la langue française. La précision dans l'expression était pour lui aussi importante que la richesse dans la pensée.

Cette longue silhouette appuyée sur une canne hantera longtemps, de jour et de nuit, les terrains de manoeuvre et des milliers d'entre nous garderons l'expression de ce regard qui sautait par dessus les lunettes et auquel il était impossible de dissimuler.

Impossible également de quantifier la dette et ce n'est pas la Légion d'Honneur, qu'il n'avait pas, qui l'aurait éteinte. La force et l'intégrité d'un caractère ne font pas toujours l'unanimité, surtout vis à vis de ceux qui en sont démunis.

Pour le Professeur ARNAUD, le problème n'était pas là mais uniquement dans l'action et dans la passion.

Tous ceux qui l'ont approché, à quelque église qu'ils appartiennent, ont été marqués. Je crois qu'il ne cherchait pas autre chose.



LIVRES ET REVUES

Pour certains, le livre du Docteur **Marcel ARNAUD** sur « Les blessés de la route » (1) ouvrira des horizons nouveaux, pour d'autres il confirmera certaines notions, pour tous il sera un excellent aide-mémoire sur la question.

En présence des grands blessés, quelle doit être l'attitude du témoin ? Le transport rapide improvisé est-il préférable à l'attente d'une ambulance bien équipée en matériel et en personnel ? Quelle est la solution idéale et, avant de la trouver, quel est le rôle des Secouristes ? Autant de questions auxquelles le Docteur ARNAUD donne une réponse pertinente.

Le rôle des Sapeurs-Pompiers apparaît plus grand que d'aucuns se l'imaginent surtout lorsque l'on connaît l'importance, la très grande importance que revêt l'oxygénothérapie pour les grands traumatisés, la pratique de la respiration artificielle sur les polytraumatisés sans parler de la première phase, celle du dégagement, de la « désincarcération » comme l'écrit le Docteur ARNAUD, qui est en général notre domaine réservé.

Oui, ce livre achèvera de convaincre les quelques retardataires de notre profession que les Sapeurs-Pompiers doivent s'intéresser aux accidentés de la route car si nous ne voulons pas prétendre à un monopole, du moins sachons nous faire un place honorable dans cette activité si proche du sauvetage et dans laquelle nous avons tant de vies humaines à sauver ! N'est-ce pas notre rôle ?

Lieutenant-Colonel R. MATHIEU.

(1) Librairie MASSON et C^{ie}, 120, boulevard Saint-Germain, PARIS (6^e).



Professeur Robert MONOD
83 avenue Denfert Rochereau
PARIS XIVème

Paris, le 30 octobre 1961

RM/tm
Assises Nationales
corr. div.

Monsieur le Professeur M. ARNAUD
57 rue du Dragon
MARSEILLE (B.-du-R.)

Cher Ami,

J'ai reçu le projet de texte de motion voté en conclusion des Assises 1961. Je l'ai trouvé absolument anodin et ne faisant que répéter ce qu'on répète à chaque réunion médicale sur les accidents de la route. J'ai renvoyé à Soubiran un projet de texte, en lui demandant de le publier, dans lequel on prend acte des attermoissements, du manque d'objectivité des Services Publics, et demandant l'application de certaines mesures pouvant être prises immédiatement. Je ne suis pas encore au courant des suites données à ce texte.

Mon avis est qu'il faut montrer les dents et alerter l'opinion ; cela paraît la seule méthode efficace en l'an de grâce 1961 !

Avant de recevoir votre lettre, j'ai eu une prise de contact avec notre nouveau Ministre de la Santé qui paraît beaucoup plus net et dynamique que son prédécesseur.

Il accepte de présider effectivement la journée que nous avons prévue avec M. CHENOT, et qui devait avoir lieu au cours du premier trimestre 1962. Nous avons retenu en principe comme date, le courant d'avril.

Le thème des Journées serait : "Journées d'étude sur les incidences médicales des accidents de la route". Les trois questions traitées seraient :

- la création de secteurs équipés pour les soins à donner aux blessés de la route,
- le rôle de la fatigue au volant et les moyens de prévention,
- l'importance de l'intégrité des fonctions psychoneurologiques chez les usagers de la route - examen neurologique et psychiatrique du conducteur - rôle prédominant de l'alcoolisme,
- le problème médico-légal dans les accidents de la route - fixation d'un taux légal d'alcoolémie. etc -

Cette Journée se ferait en collaboration avec le Ministère des Travaux Publics, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère du Travail, le Ministère de la Justice, le Touring-Club et la Prévention Routière, la Commission de l'Académie de Médecine et la Commission de l'Association Nationale de chirurgie.

Comme vous le voyez, il y a à faire. Le programme est vaste, mais cela consoliderait le Ministère de la Santé dans son rôle de Directeur de la question des accidents de la route en France, encore qu'il se trouve jusqu'à présent et par sa faute très en retrait.

Veillez agréer, cher Ami, mes sincères salutations et rappelez moi au bon souvenir de Madame Arnaud.

Robert Monod

DOCTEUR M. BELENGER

CHEF DE TRAVAUX A L'UNIVERSITÉ
MÉDECIN CHEF DE LA CLINIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

BRUXELLES, LE 28 novembre 1961.

99, RUE JOURDAN

R. 26. XII. 61

Monsieur le Docteur ARNAUD
57, rue Dragon
MARSEILLE.
----- FRANCE.

Mon Cher Ami,

Je n'ai pas pu assister aux Assises de la Route.

Je devrais refaire actuellement le point de ce qui se passe en Europe .

J'ai lu dans un Digest un compte-rendu des conclusions faites aux Assises de la Route .

Ne pourriez-vous me donner une documentation à ce sujet, me dire notamment quels sont les centres qui fonctionnent à l'heure actuelle en France, les difficultés que l'on y rencontre et il m'intéresserait particulièrement de savoir si les centres installés donnent des résultats probants .

Je sais que je vous demande beaucoup, mais je sais aussi combien vous vous attachez à cette question et je voudrais surtout pouvoir montrer dans cet exposé que si notre situation géographique n'est pas la même, nos soucis sont les mêmes et l'incompréhension des pouvoirs publics est vraisemblablement identique .

Au plaisir de vous lire, croyez mon Cher Ami, à l'expression de mes meilleurs sentiments .

Dr. BELENGER.

P.S. Vous m'aviez montré l'année passée un livre anglais sur les Traumatismes de la Route .
Puis-je en avoir les références, car je ne les ai pas retrouvées dans mes notes.-

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 30 NOV. 1961 19.....

7, rue de Tilsitt (XVII^e)

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA
PROTECTION CIVILE
16^e Bureau
DGS/1068/PC/16

Monsieur le Professeur,

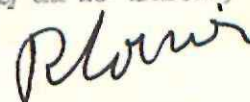
Je me permets de vous rappeler ma lettre du 13 octobre 1961 par laquelle je vous demandais votre avis sur une fiche préparée par l'Organisme National de Sécurité Routière dans le but de réunir des statistiques propres à mettre en évidence les liens qui existent entre le véhicule et le traumatisme.

Il est évident que votre avis est très important, puisque vous êtes sûrement l'un de ceux qui, en France, ont le plus approfondi cette question. Nous aimerions évidemment savoir ce que vous pensez de cette manière de faire, d'un point de vue général, et vos observations de détail sur la fiche elle-même.

Cette fiche doit être mise en place dans certains hôpitaux dont le chirurgien consentirait à la remplir - ou à la faire remplir par l'un de ses assistants ou internes. L'Organisme National de Sécurité Routière verserait 50 NF par examen de victime. Pensez-vous que cela intéresserait certains de vos jeunes confrères ?

M. MONOD m'a dit que vous alliez renouveler devant l'Académie vos expériences de diagnostic par télévision. Il se peut que ce jour là, je puisse assister à ces expériences.

Dans l'espoir de vous lire bientôt, je vous prie d'agréer Monsieur le Professeur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Le Chef du 16^e Bureau,


Monsieur le Professeur ARNAUD
57, rue Dragon
MARSEILLE
(Bouches-du-Rhône)

R. COIRIER.

DOCUMENTS, PHOTOS

Et commentaires

1985

→ **Lettre du 9.3.1985** de Didier BURGGRAEVE (à en tête de la campagne des « 5 gestes qui sauvent ») au Professeur Louis SERRE, au SAMU de Montpellier.

*Je remets à Louis SERRE, le 3^{ème} mémoire*₁ sur les « 5 gestes qui sauvent ». J'espère qu'il participera à la « sous commission » prévue pour « adapter » les GES, dans le but d'une formation pour le permis de conduire.*

→ **Lettre*₂ du 2.4.1985** du Professeur SERRE « avec joie et émotion ».

Ce fut le cas.

→ **Lettre personnelle du 2.5.1985** de remerciement, de Didier BURGGRAEVE au Professeur SERRE.

J'avais regretté l'absence des services officiels de la « PC » du Nord. Depuis le début (1968) où j'avais voulu créer des associations (accidents de la route, secourisme), les services du département du Nord m'avaient mis des « bâtons dans les roues ». Ils n'acceptaient pas qu'un « tout jeune » arrive et bouscule le ronronnement en mettant les pieds dans le plat (comme l'avait fait Marcel ARNAUD à Paris lors de la conférence de l'UNPC à propos du « ramassage » des accidentés de la circulation dans la capitale- en mai 1971).

→ **Article de la revue « La Route »** avec la présentation de la journée du 28 avril 1985, la photo prise à la mairie, avec le Professeur SERRE.

*Suite à cet article, je le rappelle, le Docteur André SOUBIRAN prit contact avec moi puis se déplacera le 18.8.1985 à Lys lez Lannoy pour se rendre dans la rue dédiée au Professeur Marcel ARNAUD*₃.*

→ **Lettre du 19.12.1985** de Didier BURGGRAEVE, Président de l'ASAR au Professeur SERRE.

La photo souvenir du 28 avril lui sera remise à Paris lorsque nous l'avons rejoint au Congrès de la FNPC en octobre 1986. Nous avons été autorisés, le samedi 11 octobre, à visiter le Palais de l'Elysée et le lendemain, nous étions attendus à l'UISC 1 de Nogent le Rotrou pour un accueil et une journée inoubliables, avec nos camarades de mission (MEXICO, septembre 1985).

*1 Mis sur le site Internet du CAPSU en mai 2006.

*2 Publiée dans le tome I qui relate en détail l'inauguration de la première rue.

*3 Ensuite, à notre demande, la plaque de rue fut complétée par « Précurseur des SAMU » (suite à la suggestion du Docteur Michel GHYSEL Député et Premier adjoint au maire de Roubaix).

"5 GESTES
QUI SAUVENT"

+ m. 3

Le 9 mars 1985

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

Cher Professeur,

J'espère que vous avez bien reçu mon envoi du 24 novembre comprenant une photo-souvenir prise lors de la visite de votre SAMU en octobre dernier.

Je vous adresse sous ce pli la troisième partie de mon mémoire consacré aux "5 gestes qui sauvent" et je vous remercie de me faire connaître vos observations.

Je regrette que la plaquette du Secours Routier Français ne puisse s'appeler les "5 gestes qui sauvent" afin que nous avancions tous ensemble vers un programme simplifié et spécifique pour le permis de conduire.

L'inauguration de la rue du Professeur ARNAUD aura lieu le dimanche 28 avril 1985 à Lys lez Lannoy précédée d'un exercice de secours routier dans la rue. Vous recevrez prochainement une invitation. Nous espérons vivement votre venue. Je suis actuellement en contact avec la fille du Professeur ARNAUD et le Préfet ARRIGHI.

Je vous remercie de me faire connaître les Personnalités que nous pourrions inviter et donc avertir de notre initiative.

.../....

.../...

En espérant avoir le plaisir de vous revoir prochainement, je vous prie de croire, Cher Professeur, en l'expression de mes sentiments dévoués et les meilleurs.

Didier BURGGRAEVE

PS : Nous espérons vivement votre participation à la sous-commission chargé de modifier donc d'adapter le programme des GES.

Montpellier, le 2 avril 1985

Professeur L.SERRE
S.A.M.U.
20, rue du Carré du Roi

Monsieur Didier BURGRAEVE
A.S.A.R. de Roubaix
Associations des Secouristes

34000 MONTPELLIER

59390 LYS-LEZ-LANNOY

Monsieur,

Suite à votre lettre en date du 9 mars dernier, c'est avec joie et émotion que je participerai à l'inauguration de la rue du Professeur ARNAUD, le 28 avril prochain ; si toutefois il n'y a pas d'impératifs de service, auquel cas je m'efforcerais de vous le faire savoir au plus tôt.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Louis SERRE

S. A. M. U.

Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

20, Rue du Carré du Roi

34000 MONTPELLIER

Tél. 41-91-81

41-91-76

41-91-77

Administration générale } 63.90.50
Centre administratif A. Benech }
Télex CHR Mont 480 766 F }
Hôpital St-Charles }
Hôpital général } 63.91.64
Hôpital Saint-Eloi } 63.91.00
Centre Médico-Chirurgical } (24 lignes
Gui de Chauliac } groupées)

Hôpital de la } 63.38.25
Colombière } (41. groupées)
63.34.99
63.42.39
Hôpital de } 63.46.37
l'Aiguelongue } 63.42.77
Maternité }
Service de Gynécologie } 63.53.80
et d'Obstétrique }

Centre de Soins pour personnes } 63.46.18
âgées (Bellevue) }
Maison Maternelle de Bionne } 75.22.82
Centre de Cure de Gynécologie }
Centre d'I.V.G. }
Annexe }
Carré du Roi } 63.10.89

Le 2 mai 1985

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

Cher Professeur,

Merci encore de votre venue.

Nous avons voulu vous montrer avec quel sérieux nous voulons pratiquer le Secourisme, depuis les "5 gestes" à l'équipe d'intervention.

La cérémonie de dimanche a été très émouvante et restera gravée dans nos mémoires.

Je vous retourne sous ce pli les courriers du Professeur SICARD et du Secours Routier que vous avez bien voulu me confier pour lecture.

Vous trouverez également des nouveaux témoignages reçus lundi. De M. REUTER, du Président de la Prévention Routière et du Commandant VOISELLE de l'ANIMS.

Je vous remets photocopies des deux premières pages de l'ouvrage du Professeur ARNAUD qui ont reçu les témoignages des participants et d'un premier article de Presse.

Enfin, je vous adresse le double de la lettre que j'adresse à M. ROUANET car il est bien évident que certaines attitudes doivent être dénoncées.

Vous trouverez aussi photocopies d'une lettre de M. MAYET, celle de M. COIRIER dont je vous avais parlée et du Premier ministre qui va me faire recevoir par un de ses conseillers. J'espère pouvoir faire coïncider cette entrevue avec l'audience que doit m'accorder Paul QUILLES.

Dès que possible, vous recevrez d'autres articles et photos de notre Hommage solennel et inoubliable à notre Maître et Ami MARCEL ARNAUD.

Avec mes sentiments dévoués.

Un hommage au Professeur Marcel ARNAUD

Les lecteurs de LA ROUTE, première série et avec eux tous les secouristes, se souviennent certainement du Professeur ARNAUD, pionnier du secours aux accidentés de la circulation. Président du Comité médical de notre Association, il donna de nombreux articles à notre Revue.

Le dimanche 28 avril, un hommage lui a été rendu à LYS-LEZ-LANNOY qui a donné le nom du Professeur ARNAUD à l'une des rues de la commune. Elle est ainsi la première à posséder une rue « Professeur-Marcel-ARNAUD ». Cette cérémonie présidée par Monsieur CODRON, maire de la ville, a été organisée à l'initiative du très actif Monsieur Didier BURGGRAEVE, Président de l'Association des Secouristes de l'agglomération de ROUBAIX.

Le SECOURS ROUTIER FRANÇAIS, qui se félicite de l'action de Monsieur BURGGRAEVE, était représenté à la cérémonie, en l'absence de son Directeur Général retenu à

l'étranger, par Monsieur Jean-Pierre LUCOT, Directeur Général Adjoint, et par le Professeur SERRE, ancien Directeur du S.A.M.U. de MONTPELLIER.

Il est heureux que la mémoire de Monsieur Marcel ARNAUD soit honorée par de tels gestes. Élève de de MARTEL, il avait été le créateur de la neuro-chirurgie dans le Sud-Est. Il est mort à 81 ans, le 18 août 1977. Il était alors chirurgien-chef honoraire des hôpitaux de Marseille et membre de l'Académie de Médecine. On le considérait comme le pionnier de la traumatologie routière. Il a souligné, dix ans avant les autres l'importance du « pré-secours », et a pu, entre autres mérites, imposer non sans mal, au Congrès de Chirurgie le problème des accidentés de la circulation.

Très éminent collaborateur du SECOURS ROUTIER FRANÇAIS, nous sommes heureux d'avoir pu être associés à l'hommage que LYS-LEZ-LANNOY lui a rendu.

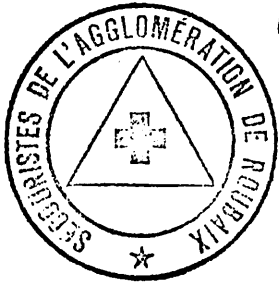


La plaque annonçant la nouvelle rue Professeur-Arnaud.

Autour d'un panneau retraçant les activités du Professeur ARNAUD, on reconnaît de droite à gauche : M. LUCOT, le Professeur SERRE, M. BURGGRAEVE.



- + Ph. lettre du 7.6.85 du Dr Tonnelier (suite 28.4)
- " art Sci Sp Inaug. rue Br Arnaud à Lyp
- " " fine revue ANIMS - 7^{ème} rue Arnaud
- " " Face au risque oct. 85 sp rue Arnaud
- " art NE 16.8.85 " Dr Soubiran à Lyp dimanche "
- " Intervention 8^{ème} semaine Lyp le 18.8.85
- " lettre du 12.8.85 Diligent - excurs abroad
- " art VN du 20/8
- " " NE du 21/8
- + Suisse exemple Suisse



Le 19 décembre 1985

Monsieur le Professeur L. SERRE,
Service d'Aide Médicale Urgente,
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

+ original art VN sp Lyp
" Ste ASAR: actif p dnc officiers "

Ph art S/ Alexio

Cher Professeur,

8.10. Région: Ason, EN Amb: Alexio

Ce courrier a pour but de vous adresser plusieurs documents et de vous confirmer que je tiens à votre disposition une grande photo-souvenir du 28 avril que j'espère pouvoir vous offrir lors d'une prochaine rencontre.

Ason: les faits qui ont lieu
1.10. WE - Maintham
relou

Peut-être à une réunion du groupe de travail sur les GES qui devait être constitué à la DSC depuis la dernière réunion de la CNS ! Aucune nouvelle de ce côté là ! Je vais interroger le nouveau Directeur.

+ du 9.10.

Reception Ste Amine

Vous trouverez sous ce pli, outre une photocopie de la lettre du 1er juin que nous avons reçue du Docteur TONNELIER, des articles parus dans "Sécurité Civile et Industrielle", la revue de l'ANIMS et de la revue "Face au risque" du CNPP. Je suppose que vous avez lu l'article paru dans "La Route" du Secours routier et dans le bulletin trimestriel de la FNPC ainsi que l'article sous la plume du Docteur SOUBIRAN dans la revue de l'Automobile-Club Médical de France.

+ Ph. art 19.11.

S/exerc. S.D. R.V.

à Jal no 2

Je vous signale que le 18 août, date anniversaire de la disparition du Professeur ARNAUD, le Docteur SOUBIRAN a tenu à faire spécialement le déplacement de PARIS afin de déposer une gerbe au pied de la plaque portant son Nom. Vous trouverez ci-inclus des informations à ce propos.

Je vous adresse avec plaisir le n° 2 du modeste journal de l'ASAR ainsi que des informations sur la Mission de notre équipe d'intervention au Mexique en septembre dernier et un article de Presse paru en août dernier où l'on parle justement et des "5 gestes" et de notre équipe d'urgence en cas de catastrophe.

.../...

.../...

heureux

Je pense que vous serez d'apprendre qu'à ma demande, le Conseil Municipal de la Ville d'Hem, limitrophe à Lys lez Lannoy, a attribué à l'unanimité le Nom du Professeur Marcel ARNAUD à l'une des nouvelles rues de la Commune.

De ce fait, un Hommage lui sera rendu au prochain printemps au cours duquel notre projet de nous rendre à Marseille le 18 août 1987 sera évoqué.

En espérant votre concours pour faire avancer les "5 gestes", ceux de notre Maître et Ami donc les nôtres, de vous revoir prochainement ou de vous lire entretemps, avec mes vœux pour ce prochain Noël et cette fin d'année, Croyez, Cher Professeur, en mes sentiments dévoués et les meilleurs.

Didier BURGGRAEVE

Ci-dessous, le Professeur SERRE assiste à l'exercice « complet ».
Je commente le rôle des premiers témoins (5 gestes) et l'intervention des sapeurs pompiers de Roubaix – avec un mégaphone (comme le faisait Marcel ARNAUD).

Page suivante :

(En haut). Dans la rue, après l'exercice de secours routier, avant que nous nous dirigions pour l'inauguration officielle, de gauche à droite :

Médecin Colonel Michel HERAUT (très ému lui aussi) qui inaugurerait la 3^{ème} rue, à Roubaix, en 1987 (voir tome III) ; Didier BURGGRAEVE, Professeur Louis SERRE et Philippe LAUWICK, alors vice-président de l'ASAR.

(En bas). A Roubaix, déjeuner cordial avec les secouristes de l'ASAR, Louis SERRE et M. LUCOT du SRF. De droite à gauche :

Professeur SERRE, Didier et Catherine BURGGRAEVE.





1986

→ **Lettre du 15.4.1986** de Didier BURGGRAEVE, Président de l'ASAR au Professeur Louis SERRE.

*Je lui fais part d'une première réunion de travail au ministère des transports relative aux « gestes de survie », dans le but d'un enseignement (obligatoire) pour obtenir le permis de conduire *1. Mon explication à propos de la PLS est importante (voir dans ce tome la partie relative à la PLS)*2.*

Il reçoit aussi par cet envoi le n° 3 du journal de l'ASAR et le n° 1 de ce qui deviendra le bulletin du CAPSU (avec le rapport 1984-1985 sur son action).

→ **Lettre personnelle du 13.10.1986** de Didier BURGGRAEVE au Professeur SERRE.

Louis SERRE voudra bien me confier la « cassette » de l'enregistrement de l'émission de Jacques CHANCEL (Radioscopie), de France Inter. Rendue, après copie, avec son autorisation.

→ **Texte du Professeur SERRE** pour son hommage lors du Congrès de la FNPC du 11 octobre 1986 (paru dans « La Route » en janvier 1987).

On retiendra que c'est à Montpellier (lieu du 1^{er} SAMU) que Marcel ARNAUD soutiendra sa thèse de Docteur en Médecine. Louis SERRE mentionnera son rôle au sein de la « défense passive » à Marseille, en 1944. Puis son action en Indochine comme Médecin Colonel. Il confirme enfin les « années clefs » soit 1955-1957. Il réaffirme la création du 1^{er} SMUR par Paul BOURRET (voir tome I), en 1957. Et le premier stage de secourisme routier à Nainville les Roches (Ecole nationale de la Protection Civile), en 1958 !

Mais Louis SERRE était tellement modeste qu'il ne mentionne même pas sa propre expérience à Montpellier, à partir de 1963, qui donnera le SAMU.

*1 Tout est expliqué dans le 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent », 1^{ère} partie 1969-1985 (septembre 2005) et 2^{ème} partie 1985-2005 (décembre 2005) avec toutes les précisions et documents.

*2 A partir du bulletin n° 38 du CAPSU, nous reviendrons sur la création de la PLS (dite d'abord PLSA « et d'attente » rappelait Louis SERRE), par le Professeur ARNAUD et ferons le point en complément des informations insérées dans ce tome IV.



ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"
Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse Postale: A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

A.S.A.R.

Le 15 avril 1986

+ Rapport ADPS 8x-85
Joul Adam n° 3
Lettre inf. Capsu 1.

Monsieur le Professeur L. SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

Cher Professeur,

J'ai rencontré M. ADAM à PARIS mardi de la semaine dernière pour une réunion au Ministère des Transports. Il m'a appris votre accroc de santé. Je tiens donc immédiatement à vous transmettre tous nos vœux de prompt rétablissement.

J'espère que mon dernier envoi du 19 décembre vous est bien parvenu. Il comprenait de nombreux documents.

Vous trouverez ci-inclus, outre le n° 3 de notre journal (avec un compte-rendu de Mexico où nous sommes intervenus), le rapport de l'ADPS (devenue CAPSU) sur son activité durant les années 1984 et 1985 ainsi que la première lettre d'information de notre structure remaniée faisant état de la réunion au Ministère.

Cette réunion a eu pour but dans un premier temps de mettre les participants d'accord sur le projet de nouveau dépliant du Secours Routier; En juin, il s'agira d'arrêter un programme de formation pour les candidats au permis de conduire. Vous recevrez par un autre courrier copie de la lettre que je viens d'adresser à M. ADAM et qui fait le point de nos 3 points de désaccord et de nos propositions.

Ces 3 points de désaccord sont : La PLS "seul" montrée telle quelle sur le dépliant alors que nous proposons de présenter uniquement la position terminée car cette méthode ne peut s'apprendre que durant les exercices pratiques et non par le dépliant lui-même. Egalement, il nous faut insister pour que cette méthode se fasse à 3 dans tous les cas et "seul" dans les cas exceptionnels comme nous l'avait recommandé le Professeur ARNAUD. Nous comptons sur vous lors des prochaines réunions.

.../...

222

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Etudes
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

.../...

Le second point de désaccord est celui du garrot car nous considérons qu'il ne faut plus en parler. Et le troisième point le retrait du casque qui, pour nous, n'est pas un geste élémentaire.

Quand ces 3 points qui peuvent, à notre avis, se régler rapidement, auront pu être tranchés, il sera temps alors de nous mettre d'accord sur le titre grand public et mnémotechnique à retenir pour le permis de conduire. Ensuite sur des mots-clés pour faciliter l'intervention des témoins. Enfin sur les modalités d'enseignement au permis.

Je me suis aperçu que tous les participants à cette réunion n'avait pas encore la notion capitale de "Secourisme de masse" donc très limité. Par exemple, le docteur GIROUD du SNAMU propose t'il d'ajouter le point de compression de l'aine et la position "jambes relevés" ?

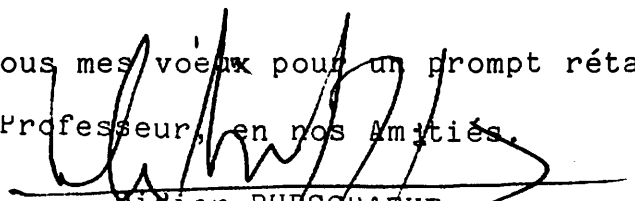
Nous avons eu déjà tellement de mal à faire comprendre à la Direction de la Sécurité Civile (7 ans) qu'il fallait retirer les éléments théoriques de prévention qu'aujourd'hui personne d'entre-nous ne devra accepter que nous revevions en arrière en rajoutant ceci ou cela. M. THEVENET, présent, a pu intervenir à bon escient dans cette affaire.

Inutile de vous dire qu'à l'ASAR nous comptons sur vous, notamment lors de la prochaine réunion du Comité Médical du SRF, afin que ces principes soient respectés. Il est évident d'autre part que le SRF ne pourra proposer un programme pour le permis de conduire, ce que vous appelez "l'option route" qu'en fonction de ce qui aura été retenu pour ce dépliant. C'est pourquoi nous insistons tant pour retirer garrot et casque et adapter le problème de la PLS afin d'éviter tout impair qui pourrait par la suite vous être reproché.

Je profite de cette correspondance pour vous confirmer que la seconde rue de France portant le Nom de notre Maître et Ami le Professeur Marcel ARNAUD sera inaugurée à HEM le dimanche 15 juin prochain. Cérémonie à laquelle vous serez convié et où nous espérons tous vous retrouver et au cours de laquelle il me serait alors possible de vous remettre la photo-souvenir de l'an dernier.

Le chemin vers les "5 gestes" se précise. Ces "5 gestes" sont ceux qui ont été préconisés par le Professeur ARNAUD lui-même dans son enseignement de Secourisme routier. Nous devons nous unir tous afin qu'ils soient retenus - et eux seuls - pour une formation au permis de conduire.

Avec encore tous mes vœux pour un prompt rétablissement, Croyez, Cher Professeur, en nos Amitiés.



Didier BURGHEVE

Le 13 octobre 1986

Monsieur le Professeur L. SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

Cher Professeur,

J'ai été très heureux de vous revoir ce samedi à PARIS lors du Congrès de la FNPC au moment de la démonstration de sauvetage.

Nous étions venus à PARIS, le samedi pour une visite à l'Elysée puis pour, l'après-midi, le Congrès de la Fédération. Nous avons été accueillis dimanche à l'UISC 1 de Nogent-le-Retrou avec laquelle nous sommes intervenus à Mexico.

Sachant vous trouver sur place, j'avais donc emmené avec moi cette photo-souvenir de l'inauguration de la première rue de France portant le Nom de notre Maître que nous avons voulu vous offrir. J'avais appris également que vous lui rendriez hommage lors du Congrès. Je vous remercie de penser à me faire adresser une copie de la cassette de l'émission de France-Inter où le Professeur ARNAUD était passé avec le Médecin-Général GENAUD.

Je vous remets avec plaisir ci-inclus photocopies des articles de Presse parus ici lors de la réception des Secouristes à l'Hôtel de Ville de Leers samedi 27 septembre avec le Docteur SOUBIRAN puis l'inauguration à Hem d'une Allée Professeur Marcel ARNAUD. Vous trouverez à votre intention un morceau du ruban tricolore.

J'espère avoir l'occasion de vous revoir un peu plus longuement, peut-être lors d'une réunion de travail avec le Secours Routier Français ou au Ministère des Transports (si ces réunions se poursuivent ?). Actuellement des dizaines de lettres ou de questions écrites sont adressées par Députés et Sénateurs aux Ministres concernés à propos des "5 gestes qui sauvent", c'est à dire tout simplement le prolongement grand public de l'oeuvre immense de notre regretté Maître.

Je vous prie de croire, Cher Professeur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs et en mon admiration profonde pour ce que vous faites et ce que vous êtes.

(11 octobre 1986)

Le professeur Arnaud et son Action

par le Professeur Serre



Né le 21 décembre 1896, de parents enseignants, à Foix dans l'Ariège mais ayant aussi une solide hérédité provençale, Marcel Arnaud fit ses études qui vont l'amener à être engagé volontaire comme Médecin Auxiliaire lors de la guerre 1914-1918.

Cette période le marque profondément, sa référence première étant un livre d'un de nos anciens « du trou d'obus au poste de secours ».

Cette mission était accomplie à l'époque par ses camarades Médecins auxiliaires.

Aussi, chaque fois que nous passions dans la Faculté de Médecine de Paris, il s'inclinait devant la plaque rappelant leur sacrifice.

A Montpellier, Marcel Arnaud passe en 1925 la Thèse de Docteur en Médecine. En 1929 il devient, après concours, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Au moment de la fin de la guerre d'Espagne (1939) il est chargé d'organiser et de diriger le Navire hôpital « Maréchal Lyautey » qui ramènera de Port Vendres à Marseille plus de mille blessés.

Neurochirurgien, élève du Docteur de Martel, il est l'un des quatre premiers spécialistes français. Il fera à Marseille équipe avec le Professeur Roger.

En 1944 il dirigeait les Secours Médicaux au sein de la défense Passive de Marseille. Médecin Colonel de l'Armée française après la campagne d'Allemagne, il est le seul neurochirurgien en Indochine à l'hôpital Castes de Saïgon de 1946 au 5 novembre 1948. Marcel Arnaud dirige et anime de 1949 à 1962 le service de Neurochirurgie à l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille.

1955-1957 furent les années clefs.

Il impose comme sujet au Congrès Français de chirurgie de 1957 : « Les Polytraumatisés de la Route ».

Il sort son livre introuvable actuellement sur « les Blessés de la Route », préfacé par le Professeur A. Sicard. En couverture on peut voir le dessin d'un bouche à bouche, geste de secours immédiat.

Ce livre va lui permettre en association avec le Médecin général Génaud, le Médecin Colonel Dufrasse, le sous-préfet Arrighi de réaliser le livre de « Secourisme Routier ».

Bourret crée le premier SMUR de Salon, en mariant hôpital et Sapeurs-Pompiers secouristes.

En 1958, en effet, avec Monsieur Le Tourneur Hugon, Directeur du Secours Routier Français et le Médecin général Génaud, ils créent le premier stage de secourisme routier à Nainville.

A partir de ce moment là, c'est le tour de France, Marcel Arnaud a consacré sa vie à la survie du blessé de la Route :

— Avec Robert Dejour, du Secours Routier Français sous la présidence de Marc Eyrolles et la collaboration de Michel Gravereaux, il organise à Paris trois cours par an de Secours Routier ; c'était sa « Tribune libre ».

Il étudie les Gestes Elémentaires de Premiers Secours développés par le Médecin général Génaud.

— Blois avec le Colonel Penalec, Valabre avec Arrighi, Dufrasse et Preim, Nainville-les-Roches avec les Médecins ruraux et les Médecins de Pompier. Macon avec Sauvage. Millau où il avait plaisir de retrouver Bernard et Lacombe.

Excellent metteur en scène, les exercices de simulation d'accident de la route et de secours routier étaient des pièces parfaitement bien montées de jour et de nuit. Son film d'Enseignement post-universitaire sur « le Médecin Praticien face au polytraumatisme de la route » est toujours d'actualité.

Par l'emploi d'un langage imagé :

« le brancard va au blessé comme l'assiette à la soupière »
« la cueillette du blessé »
« le blessé étouffe »

Marcel fit avancer les solutions, pour l'Alerte et sa retransmission.
— l'écoute médicale, l'oreille médicale.
— la médicalisation des Secours.
— l'Accueil des blessés.

S'il nous a quittés le 18 août 1977, personne n'oublie son langage imagé que voici :

« Mais mon voisin qui est dans le coma, celui-là qui est rivé dans le silence, celui-là on s'en fout. Ah non !! on ne s'en fout pas. Tiens, on vient d'examiner cette face, cette figure par laquelle ce comateux nous parle si on sait l'interroger. Oui, on vient de rechercher si ses pupilles ne varient pas ; On vient de rechercher si sa respiration ne change pas. On vient de rechercher si son pouls... Mais où prennent-ils ce pouls ? A la carotide, oui, oui, à la carotide, ils ont raison, c'est le seul endroit où chez ces gros blessés comme mon comateux voisin, chez ces très gros blessés où ce pouls se perçoit encore et où il se percevra tant que la vie reste. Oui. C'est vrai : ils se sont aperçus que cette figure portait les clignotants d'alerte des victimes dans le coma, que cette figure était le « Tableau de bord de surveillance » de ces comateux. Donc, je suis dans de bonnes mains et je risque d'arriver je ne dis pas en vie, mais nettement mieux à l'hôpital ».

1987

→ **Lettre du 30.4.1987** de Didier BURGGRAEVE, Président de l'ASAR, à Louis SERRE, en vue du 18 août et de la cérémonie.

→ **Lettre du 8.7.1987.**

Enfin, dans les « 4 villes » de l'action de l'ASAR, autour de Roubaix, les villes limitrophes de Lys lez Lannoy, Hem et Leers, il y aura une rue au Nom de notre Maître Marcel ARNAUD.

Photo (ci-dessous) :

A l'initiative du SRF et particulièrement de M. Serge ADAM, son directeur général, un déjeuner aura lieu le 18 août dans un restaurant proche de la mairie, avec le maire, le Professeur Robert VIGOUROUX, lui-même ancien neuro-chirurgien et collaborateur du Professeur ARNAUD (quelle coïncidence). Voir tome III.

De gauche à droite :

Les deux premiers créateurs, du 1^{er} SAMU, Louis SERRE, puis Paul BOURRET, pour le 1^{er} SMUR, l'un à côté de l'autre ; Serge ADAM et Catherine BURGGRAEVE.





ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"
Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse Postale: A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 30 avril 1987

Monsieur le Professeur L. SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

A.S.A.R.

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Etudes
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

Cher Professeur,

Je suis heureux de vous faire savoir que le Maire de Marseille nous a donné son accord afin de participer à l'Hommage que nous rendrons dans sa ville le 18 août au Professeur ARNAUD.

Vous trouverez sous ce pli la circulaire que nous faisons parvenir à tous ceux qui sont susceptibles de s'associer à cette initiative.

Je vous ajoute photocopie de l'article écrit par le Docteur SOUBIRAN suite à l'inauguration à Hem de la seconde rue "Professeur Marcel ARNAUD". Nous poursuivons nos démarches pour les villes de Leers et Roubaix.

J'espère très vivement que vous pourrez vous joindre à nous pour honorer la mémoire, toujours si vivace de notre Ami.

Je vous renouvelle ma demande du 10 mars à propos de la cassette France-Inter sur l'interview du Professeur ARNAUD et de photos dont vous disposeriez et qui pourraient nous servir pour nos articles et cartons d'invitation à venir - dont celui pour le 18 août.

Espérant avoir le plaisir de vous lire et ainsi de vos nouvelles, je vous prie de croire, Cher Professeur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Didier BURGGRÆVE

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"
Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Etranger

Adresse Postale : A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 8 juillet 1987

Monsieur le Professeur L. SERRE,
S. A. M. U.
20 rue du Carré du Roi,
34000 MONTPELLIER

Cher Professeur,

J'espère que vous êtes bien en possession de mes courriers des 10 mars et 30 avril derniers.

Je suis heureux de vous remettre sous ce pli le carton d'invitation pour l'Homage que nous rendrons à Marseille le 18 août au Professeur ARNAUD.

Vous trouverez également la délibération du Conseil d'Administration de la Ville de Roubaix qui vient d'attribuer le Nom du Professeur ARNAUD à une rue de cette grande ville qui sera inaugurée en octobre par le Médecin-Colonel HERAUT qui, je pense, sera avec nous à Marseille.

Enfin, la ville de Leers (4ème ville où nous agissons en permanence pour le Secourisme) fera de même probablement courant 1987-début 1988. Nous aurons ainsi dans nos 4 Villes de l'ASAR une rue au Nom de notre Maître.

En souhaitant vivement vous revoir à cette occasion exceptionnelle à Marseille et que votre état de santé se soit amélioré, je vous prie de croire, Cher Professeur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

PS : un compte-rendu de Presse sur notre dernier exercice de secours à Roubaix il y a quelques jours, ci-joint.



A.S.A.R.

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Etudes
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

En haut : A l'entrée du cimetière de Mazargues à Marseille en ce 18 août, nous nous rencontrons. A gauche, Madame MUSELLI*, fille de Marcel ARNAUD. De dos, Didier BURGGRAEVE, le Docteur André SOUBIRAN et à sa droite Louis SERRE. A droite, les mains dans le dos, Joseph GALLEGO, inventeur du matériel de désincarcération et de découpage anti-étincelles.

* Madame MUSELLI que j'ai eue par téléphone ce 18 août 2006 et qui recevra, comme les précédents, ce tome IV.

En bas : Devant la tombe de Marcel ARNAUD, un instant de souvenir et d'émotion. De gauche à droite : Le Professeur Maurice CARA, le sous préfet ARRIGHI, Le Professeur Louis SERRE, le Maire Robert VIGOUROUX et Madame MUSELLI. et son mari.

(Photos qui nous ont été remises par M. Serge ADAM. Voir le 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent » pour son rôle comme directeur général du Secours Routier Français.



Ci-dessous : Louis SERRE dépose une gerbe.



1988

→ **Lettre du 11.6.1988** de Didier BURGGRAEVE, Président de l'ASAR, au Professeur Louis SERRE.

Je tiens à le tenir régulièrement informé de ce que nous faisons pour honorer la mémoire de Marcel ARNAUD. C'est le Professeur Maurice CARA qui inaugurerà la 4^{ème} rue. La 5^{ème} fut celle de Marseille, puis Salon et Wasquehal (Tome V) tout récemment.

→ **Lettre du 17.9.1988** (avec le journal n° 6 de l'ASAR et la brochure édition 1988).

Ci-dessous : La plaque souvenir et en hommage au Professeur ARNAUD sur sa tombe, depuis le 18 août 1987.





Le 11 juin 1988

Monsieur le Professeur Louis SERRE,
1 rue Antoine Carles,
Saint-Laurent-le-Minier,
30440 SUMENE

Cher Professeur,

J'espère que vous avez bien reçu mon envoi du 11 décembre dernier par lequel je vous tenais informé notamment de l'inauguration à Roubaix de la rue au Nom du Professeur Marcel ARNAUD.

C'est avec plaisir que je vous annonce que la dernière rue prévue, la 4ème, sera inaugurée le dimanche 9 octobre prochain à Leers, par le Professeur CARA, et j'espère vivement votre présence ainsi que des Personnalités qui ont Présidé à l'inauguration des rues précédentes.

Nous souhaitons vivement associer cette année le Secours Routier Français dont le Professeur ARNAUD a Présidé le Comité Médical. Peut-être en parlerez-vous avec M. ADAM.

Le samedi 8 octobre, notre équipe sera reçue à l'Hôtel de Ville de Lys lez Lannoy - que vous connaissez - par le Maire et les élus. Ce sera à nouveau un grand moment et nous aurons tous à l'esprit l'exemple de celui qui guide notre action quotidienne de Secouriste d'Instructeur ou de Médecin depuis tant d'années, malgré sa disparition.

Je vous remets sous ce pli l'article écrit par le Docteur SOUBIRAN dans la revue de l'ACMF et un document sur mon équipe d'urgence d'intervention en cas de catastrophe pour son travail permanent de 1984 à 1986.

.../...

.../...

Je vous joins également copie d'une page du Journal Officiel relatant les questions écrites des Parlementaires et, à l'époque, la réponse habituelle du Ministère.

Je sais que depuis lors notre affaire a évolué. Je regrette que M. GRAFF ait oublié de me faire participer aux travaux. Toutefois, vous sachant en première ligne, je suis moins méfiant vis à vis de l'Administration qui a fait bien du mal au Secourisme ces dernières années.

J'ai été étonné que la revue de la F.N.P.C. ne fasse pas état de la cérémonie de Marseille.

Ce jour, j'ai rappelé au Professeur VIGOUROUX notre espoir d'une rue à Marseille inaugurée par lui-même, ancien élève de Marcel ARNAUD et actuel Maire de cette grande ville.

En espérant avoir de vos nouvelles - écrivez-moi - et surtout avec cet espoir de vous revoir ici les 8 et 9 octobre, je vous prie de croire, Cher Professeur, en mes sentiments respectueux et les meilleurs.

Le Président,

Didier BURGGRAEVE

+ Doc. n° 2 S/E.4. 84-86.

+ ph. art. revue ACOIF de A.S. S/ Samedi 37 ne y'ont plus
à photo Marseille -

page 2725 J.O. du 27-4-87 S.E. Dte d'uy. M.Eg.



ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Fondé par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale "5 gestes qui sauvent"

Equipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Étranger

Adresse Postale : A.S.A.R. - 59390 LYS-LEZ-LANNOY

"Pour Sauver une vie humaine, faire le maximum ne suffit pas, il faut la perfection".

Le 17 Septembre 1988

A.S.A.R.

Monsieur le Professeur L. SERRE,
1 rue Antoine Carles,
Saint-Laurent-le-Minier,
30440 SUMENE

Mon Cher Professeur,

Nous espérons tous que vous pourrez être des nôtres les 8 et 9 octobre, avec M. ADAM, le Professeur CARA, le Docteur SOUBIRAN et le Médecin-Colonel HERAUT afin que vous soyez tous réunis pour l'inauguration de la 4ème rue et dernière de notre agglomération où oeuvre l'ASAR.

Vous trouverez sous ce pli le carton d'invitation et j'en profite pour vous remettre le n° 6 du journal de l'ASAR qui relate Marseille mais aussi Roubaix, en octobre dernier. Je vous remets également un exemplaire de la nouvelle édition de la brochure "5 gestes qui sauvent".

Je suis heureux enfin de vous apprendre qu'il y aura également une rue à Marseille au Nom de notre Maître et j'espère bien que nous pourrons l'inaugurer ensemble avec le Professeur VIGOUROUX avant les prochaines élections municipales.

En espérant très vivement que vous pourrez vous libérer pour les 8 et 9 (et surtout le 9). J'ai invité également Ida GUINOT; je vous prie de croire, Mon Cher Professeur, en vous espérant également en bonne forme, en mes sentiments respectueux et les meilleurs.

Didier BURGGRAEVE

- Information sur le Secourisme et la Prévention des accidents.
- Formation
- Recyclage
- Perfectionnement
- Secouristes actifs
- Postes de Secours
- Equipe d'urgence médicalisée en cas de catastrophe
- Diffusion Nationale de la brochure gratuite "5 gestes qui sauvent"
- Fiches techniques de Secourisme de Ranimation de Secours Routier de Sauvetage-Déblaiement
- Visites Techniques Voyages d'Études
- Journal de l'A.S.A.R. diffusion à tous les membres

ASSOCIATION
INDÉPENDANTE
ENTIÈREMENT
BÉNÉVOLE

Correspondants et
Délégués Régionaux
dans toute la France

BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGES CITES

- **Les blessés de la route** – Marcel ARNAUD – 1961 - Editions MASSON.
- **Précis de Secourisme routier** – Professeur Marcel ARNAUD – 1971 – Editions FRANCE SELECTION. Avec les Docteurs DUFRAISSE et GENAUD.
- **Gestes élémentaires de premiers secours** – Professeur Louis SERRE – 1977 – Editions Notre Dame Nîmes. Avec Mlles ROBERT et ROBIN.
- **Les 5 gestes essentiels, les 5 gestes qui comptent** – Didier BURGGRAEVE – 1981 – Mémoire 1.
- **Alerter-Baliser-Ranimer-Compresser-Sauvegarder** – Didier BURGGRAEVE – 1982 – Mémoire 2.
- **Apprendre les 5 gestes qui sauvent lors du permis de conduire** – Didier BURGGRAEVE – 1984 – Mém.3.
- **Historique campagne nationale des 5 gestes qui sauvent** – 1984 – Publié en 1991.
- **Les principes du secourisme routier** – Document hommage de l'ASAR – Didier BURGGRAEVE – 1989.
- **Fiches techniques de secourisme routier (1970-1989)** réalisées par Didier BURGGRAEVE (ESPC de Wasquehal et Flers, Equipes de secours SOS Roubaix Wattrelos, Lys lez Lannoy, Hem, Leers ; ASAR).
- **25 ans de campagne** – Didier BURGGRAEVE – 1992 – Mémoire 4.
- **Rendre un stage pratique de secourisme obligatoire lors de la formation au permis de conduire** – Mémoire pour l'obtention du brevet de moniteur d'enseignement de la conduite – Jean-Louis BARRY – 1994.
- **29 ans de campagne** – Didier BURGGRAEVE – 1997 – Mémoire 5.
- **Marcel ARNAUD – Le phare des secours d'urgence en France** – Didier BURGGRAEVE – Tome I – Dédié au Professeur Paul BOURRET – 1997.
- **5 gestes qui sauvent : 30 ans de campagne** – Didier BURGGRAEVE – 1998 – Mémoire 6.
- **5 gestes pour sauver 1000 vies sur les routes de France (1967-1999)** – Didier BURGGRAEVE – 1999 – Mémoire 7.
- **Marcel ARNAUD – La Providence des blessés de la route** – Didier BURGGRAEVE – Tome II Dédié au Médecin Colonel de sapeurs pompiers Pierre DUFRAISSE – 1999.
- **Conduite à tenir face à l'accident de la route et aux 2 urgences vitales. Les partis politiques et les groupes parlementaires (RPR – UDF – PS – PC –Verts). 1967-2002.** Didier BURGGRAEVE - 2003 – Mémoire 8.
- **Marcel ARNAUD – Fondateur de la traumatologie routière, Précurseur des SMUR et des SAMU - Tome III** – Dédié à Robert DEJOUR du Secours Routier français – 2003.
- **Les 5 gestes qui sauvent et les services de la sécurité routière (Délégué interministériel, CISR) 1969-1985 (1^{ère} partie), 1985-2005 (2^{ème} partie)** – Didier BURGGRAEVE – 2005 – 9^{ème} mémoire.
- **Brochure gratuite « 5 GESTES QUI SAUVENT »** - 9 éditions – 625 000 exemplaires.
- **Bulletins du CAPSU** – n° 1 à 38 (décembre 2006).

ABREVIATIONS DES ORGANISATIONS CITES

ACMF : Automobile Club Médical de France dont le Président fut le Docteur André SOUBIRAN, de 1952, jusqu'à sa mort, le 29 juillet 1999. L'ACMF fut, avec le Secours Routier Français (SRF), l'association qui aida le plus le Professeur ARNAUD dans son action (traumatologie routière et médicalisation des secours aux blessés de la route).

ANIMS : Association Nationale des moniteurs, puis des instructeurs et moniteurs de secourisme, créée en 1967. (J'ai pu en devenir membre rapidement, étant en contact à Paris avec les fondateurs de l'association lors de mon passage à la BSPP).

ANUR : Association Nationale des Usagers de la Route, créée en 1970 par Robert ARDOINO, à Toulon, et qui s'associa, à partir de 1971 à la campagne nationale pour la diffusion des « 5 gestes » et pour leur apprentissage par les candidats au permis de conduire.

ASAR : Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix, créée à Lys lez Lannoy par Didier BURGGRAEVE le 18 février 1979 afin de rassembler les équipes de secouristes (équipes SOS) de Roubaix, Lys lez Lannoy, Hem et Leers et rendre la nouvelle association indépendante de toute fédération nationale. Les équipes SOS, créées en 1975 et rattachées à la FFSS, faisaient suite aux équipes actives de l'EPI de Roubaix Tourcoing, créées en 1972 et affiliées à la FFSS).

CAPSU : Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence, créé en 1975 par Didier BURGGRAEVE. Dans ses statuts complétés en 1999 : Concept et diffusion des « 5 gestes qui sauvent », Œuvre du Professeur Marcel ARNAUD, Groupe de secours bénévole en cas de catastrophe majeure, Développement de la Protection Civile et du Secourisme (Prévention des accidents, Ministère de la Protection Civile).

CNS : Commission Nationale de Secourisme au sein du SNPC puis de la DDSC chargée de préparer les programmes d'enseignement du secourisme ; remplacée après la réforme de 1991 par un « observatoire ».

FFSS : Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (ancienne FNS – Fédération Nationale de Sauvetage, fondée par Raymond PITET). Création en 1975 du Comité départemental du Nord de la FFSS par Didier BURGGRAEVE (jusqu'à la création de l'ASAR).

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente. Organisé au niveau de chaque département. Il reçoit les appels médicaux avec son numéro national 15. Déclenche les interventions dites primaires, d'un SMUR ou autres secours adaptés (sapeurs pompiers, ambulanciers, médecins). Organise les hospitalisations.

SNPC : Service National de la Protection Civile créé après la guerre, suite à la « défense passive » et rattaché au ministère de l'Intérieur. Devient une direction en 1975 (DSC : Direction de la sécurité civile) puis DDSC : Direction de la défense et de la sécurité civiles.

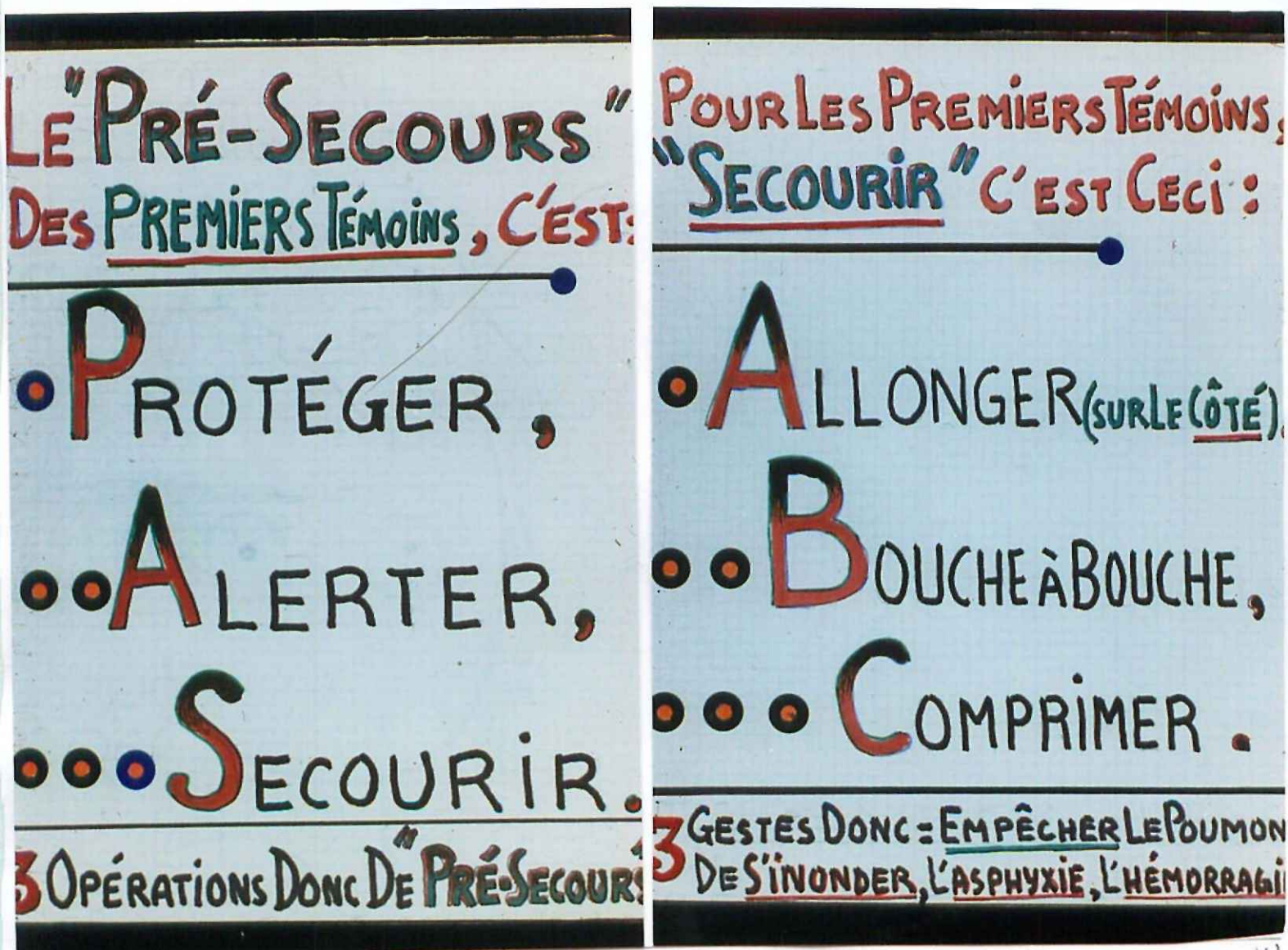
SRF : Comité National du Secours Routier Français, fondé en 1954. Revue « La Route » créée par Robert DEJOUR en 1961. Comité puis Commission médicale en 1966 présidé par le Professeur ARNAUD (SRF financé notamment par le ministère des transports – ce qui entraîna du fait de cette tutelle, sa disparition en 1992).

ANNEXES

Parmi les diapositives du Professeur SERRE, j'ai retrouvé celles sur le rôle des premiers témoins (d'un accident de la route). Outre celle utilisée pour la couverture de ce tome IV, les gestes de pré-secours avaient été définis comme le « premier pas » soit PAS (Protéger Alerter Secourir). Et dans ce raccourci, c'était très clair et limité (car à destination du grand public) : A pour la PLS, Allonger sur le côté), B pour le bouche à bouche et C pour Comprimer.

Comment comprendre que les pouvoirs publics français n'aient pas pu – en 40 années ! – mettre en place une telle formation pratique pour les usagers de la route – à travers une obligation, pour obtenir un permis de conduire ? On voit bien que les « 5 gestes » correspondent à cette proposition d'où l'accord et l'appui de Marcel ARNAUD en 1972 pour la 1^{ère} édition de la brochure et l'objectif (expliqué par Robert ARDOINO, Président Fondateur de l'ANUR), de rendre la formation systématique pour le permis de conduire (C'était déjà le cas en Allemagne Fédérale depuis 1969 !).

Mais, quand l'on voit qu'il aura fallu aussi plus de 20 ans pour généraliser les SAMU.... Et le désintéressement du ministère de la Santé pour le Secourisme (Cf. lettre du Professeur MONOD au Professeur ARNAUD, du 30.10.1961 – voir fin de mémoire). On obtient une partie de la réponse.



Tous ceux qui l'ont connu ont confirmé – et j'en ai été le témoin direct – autant pour l'enseignement théorique, les exercices de secours ou les « manœuvres », le sens pédagogique, le style particulier de Marcel ARNAUD, sa façon de « mettre en scène ».

On le voit ci-dessous, face aux « élèves » devant et non pas assis derrière un bureau ; puis lors d'une démonstration de maquillage d'un blessé (déjà dans le programme de formation des moniteurs de secourisme routier, en 1970).

Il participait – en plus des nombreux stages qu'il animait – aux réunions des organismes qui s'intéressaient ou agissaient en faveur de la Protection Civile. Ci-dessous, photo prise à la Mairie de Vichy suite à une de ces réunions.



27 MAI 1972 — M. LACARIN, Maire de VICHY, prononçant son allocution à la Mairie



Dans les archives de Marcel ARNAUD, on retrouve un texte intitulé « L'ORGANISATION des secours aux blessés », publié dans la revue de l'ACMF. Le Professeur ARNAUD a ajouté de sa main : Nice 21-22 mai 1960 (Assises sur les accidents de la route – voir documents publiés). Et quelques annotations (par exemple « le nombre », qui a été oublié dans le texte. On voit ainsi sa précision, l'importante du détail.

On relèvera les « chiffres faux » à propos de la mortalité des trois premiers jours, véritable feuilleton durant 40 ans avec le ministère des transports. Déjà, en 1960, et le Professeur ARNAUD le confirme, beaucoup d'autres pays établissaient la statistique de la mortalité à 30 jours !

En France, nous avons dû attendre les années 2000 pour y arriver. On nous répondait des tas de prétextes, d'excuses. Tout était compliqué ! Il est vrai que quand on ne veut pas...

Les démarches du CAPSU ont duré plus de 20 ans avant que nous y arrivions (partiellement) car il ne s'agit actuellement que de l'utilisation d'un coefficient afin de déterminer la mortalité à 30 jours !

Dans son comparatif, nous constatons que la Grande Bretagne, avait un taux de mortalité moitié moindre que la France en 1958 ! Leurs meilleurs résultats par rapport à nous ne datent pas des années 70 ou 80 !

Les chiffres de Paul BOURRET sont les plus précis, tirés de son action à Salon dès 1957.

On relèvera aussi les 19% de tués « éjectés » et les dégâts fréquents à la tête et à la face des victimes, du fait de l'inexistence de la ceinture de protection (qui fut appelée (hélas et à tort) « de sécurité »).

Dans sa description des mécanismes des lésions des polytraumatisés, il cite le « shock », notion quasiment abandonnée aujourd'hui, donc inconnue des secouristes (titulaires des formations complémentaires et non uniquement de la seule AFPS).

Enfin, nous serons tous agacés et déçus de lire ou de relire, dans le vœu exprimé par l'Académie de Chirurgie, le 8 juillet 1959, le 2° pour « entreprendre l'éducation du public... » et « afin de lui enseigner les règles élémentaires du secourisme ».

L'ORGANISATION

des secours aux blessés

Nice 21-22 Mai
1960
Docteur Marcel ARNAUD
de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille

Depuis l'âge du feu et que des hommes se brûlent, on discute toujours — sans les bien connaître — des meilleurs moyens de secourir les brûlés.

Comment pourrait-on raisonnablement penser que, en ce début de l'âge de l'automobile, nous puissions édicter — fut-ce du haut d'une Académie voire d'un Enseignement magistral — les dogmes du parfait secours aux victimes de la circulation routière ?

Ceci étant bien d'accord, je m'en vais commencer cette étude en ayant toujours présent à l'esprit — et je vous prie de garder cela présent dans le vôtre — que les blessés les plus graves, les pires blessés de la route sont ceux qui motivent en réalité l'organisation des secours.

Les petits blessés, les petits sinistrés n'ont réellement pas besoin d'une organisation très spéciale pour les secours.

Mais, hélas, sur la route, ce sont très souvent des très gros blessés dont il s'agit surtout, ceux qui fournissent les morts dont nous déplorons pu ceux qui

fournissent les graves blessés permanents, les invalides que nous avons à regretter.

Deuxièmement, il s'agit également surtout de polytraumatisés c'est-à-dire le sujet blessé en plusieurs points de l'organisme et parmi les points plus souvent touchés, nous le verrons tout à l'heure, c'est malheureusement le crâne qui fait de ce blessé un être pratiquement immobile, souvent comateux au bord de la route et pour lequel les secours d'urgence s'imposent en toute nécessité là où il est tombé.

Il est vraiment facile d'ailleurs au bord de la route même pour un observateur qui n'est pas un médecin mais seulement attentif, de reconnaître parmi les divers blessés ceux qui sont graves et qui, par conséquent, motivent les secours que nous allons essayer d'organiser et ceux qui sont légers.

Le clinicien les reconnaît à leur allure d'emblée hébétée, ahurie ou balbutiante, souvent syncopale, quelquefois asphyxique ou comateuse et qui, plus rarement, — mais hélas ce sont les plus graves — est agonique c'est-à-dire en train de lutter contre la

le nombre

mort. Il les reconnaît, ceci étant assez facile, au fait qu'ils sont traumatisés — je l'ai dit tout à l'heure — et qu'ils portent les stigmates évidents de chocs, de heurts et d'impacts.

En réalité, c'est donc ce groupe de blessés graves, les pires blessés de la route, que nous devons toujours avoir en vue ce soir, car c'est pour eux surtout que l'étude des secours et de leur organisation s'impose.

Des statistiques françaises paraissent chaque année dans un volume extrêmement bien fait, édité par le ministère des Travaux publics et qui comporte des travaux, des courbes, des chiffres régulièrement suivis émanant de trois statistiques différentes : l'une de la Préfecture de Police de Paris donnant les blessés de la ville de Paris et de la Seine, l'autre du ministère de l'Intérieur donnant les statistiques des blessés suivies par les polices des villes et la troisième, les statistiques de la gendarmerie donnant les blessés sur route dans les villages et dans les bourgs.

Mais on ne peut pas tirer, nous médecins, nous n'avons pas le droit de tirer seulement de ces statistiques les chiffres qu'elles nous donnent.

En effet, ce qui manque à ces chiffres, pour nous médecins, c'est que leur gravité ne ressort pas. C'est-à-dire que si nous ajoutons aux nombres des blessés qui sont donnés dans ces statistiques le nombre de ceux qui forment les victimes, et que nous extrayons et que nous cherchions le pourcentage des morts, alors nous savons, nous médecins, quelle est la gravité vraie des blessés de la route, des blessés des villes, des blessés de la ville de Paris.

Trois premiers jours : chiffres faux !

Comme cela, département par département, route par route, ville par ville, jour par jour, heure par heure, nous pourrions savoir exactement, en étudiant ainsi ces statistiques, les chiffres réels de gravité des blessés en France.

Deuxièmement, ces chiffres ne nous donnent que la mortalité des trois premiers jours. Or, vous le verrez tout à l'heure, ces chiffres donnant la mortalité des trois premiers jours sont faux car, dans beaucoup d'autres pays, la mortalité que nous essayons de comparer est calculée sur 30 jours.

Je vais vous faire faire, je m'en excuse, une incursion rapide, mais qui est certainement très bénéfique, sur les statistiques officielles.

Le premier tableau indique la progression croissante de la gravité des accidents corporels en France depuis 1955.

4,37 %	de morts en 1955
4,38 %	— en 1956
4,43 %	— en 1957
4,48 %	— en 1958
4,66 %	— en 1959

Et ceci ne tient compte que des morts survenues dans les trois premiers jours.

Or voici un tableau basé sur une étude helvétique. Ce tableau montre, d'après une statistique faite par M. Ricklin, et portant sur soixante-dix cas de blessés trépassés, que la mort, si elle survient en trois jours, dans 56 % des cas, est acquise 93 fois sur 100 au 31^e jour et que le chiffre réel et absolu de mortalité n'est ici valable à 100 % qu'au 56^e jour.

De nombreux sujets trépassent après le troisième jour. Au fond, 56 seulement meurent dans les trois premiers jours, les autres mourant dans les cinquante-six jours.

Je vous prie, par conséquent, de retenir ces chiffres qui vous montrent jusqu'à quel point il faut savoir interpréter les statistiques nationales.

56 % des cas au troisième jour, retenir ce pourcentage, ceci permet de voir quelle est la gravité estimée par la mortalité des accidents survenus en France par rapport à d'autres nations.

Voyons maintenant les statistiques internationales. Voici, à titre comparatif, un tableau qui indique le pourcentage des morts.

	estimés sur trente jours	
	1957	1958
République Fédérale d'Allemagne .	3,35	3,15
Grande-Bretagne	2,00	1,99
Pays-Bas	4,12	3,90
Suisse	3,72	3,63
	estimés sur un jour	
Belgique	1,63	1,45
Italie	4,46	4,45
	estimés sur trois jours	
France	4,43	4,46

Indiscutablement pour les chiffres ici donnés, c'est l'Italie, puis la France, qui battent les autres nations dans cette course à la mort.

Quelle est l'incidence de la réduction de vitesse dont vous a parlé tout à l'heure le Professeur Monod ?

Alors que, durant l'année 1959, nous avons eu une mortalité globale en France de 4,66 %, au cours du week-end du 1^{er} au 3 avril, le pourcentage de mortalité globale est tombé à 3,64 % et au cours du week-end des fêtes de Pâques, à 3,62 %.

Pour la première fois, la statistique française générale est tombée au-dessous de 4 %. Mais à ce moment-là, je rappelle que la vitesse est limitée à 100 km/heure au maximum.

A propos des lésions spéciales suivant la place occupée dans la voiture : conducteur, passager assis à l'avant, passager assis à l'arrière, voici la statistique de Bourret. Sur 376 occupants de quatre roues accidentées, on a observé 313 victimes dont 28 sont mortes. La mortalité est de 7,5 %.

Voici la distribution :
— 153 de ces occupants étaient des conducteurs à gauche :

120 furent blessés (84 %) ;
9 sont morts (6 %).

— 130 de ces occupants étaient passagers avant :
106 furent blessés (81 %) ;
16 sont morts (11,5 %).

— 93 de ces occupants étaient passagers arrière :
53 % accidentés ;
4 sont morts (4 %).

Parmi les passagers arrière, la mortalité a diminué.

Notons qu'il y eut 37 victimes qui furent éjectées de la voiture avec une mortalité énorme de 19 %.

A ce sujet, j'ajoute que Bourret poursuit l'étude de cette statistique en indiquant que sur ces 313 victimes, 214 (c'est-à-dire 68 %) étaient blessées à la tête ou à la face ou présentaient des lésions d'expression clinique cérébrale et neurologique et que 100 victimes (soit 32 %) étaient atteintes au thorax.

Les pertes de connaissance

L'association des deux lésions est d'ailleurs habituelle. Ces blessés-là étaient occupants des sièges avant, et chez les blessés atteints au thorax, la place habituelle est la place du conducteur.

Voilà les chiffres et les points qu'il faut retenir de cette statistique de Bourret.

Stat. Bourret

Je tiens maintenant à insister sur un fait dominant, fait qui me paraît capital dans l'état initial des blessés de la circulation routière, fait qui est très particulier à ces blessés : c'est l'extraordinaire fréquence des pertes de connaissance qui est accusée d'emblée par ces blessés et qui frappe tous les médecins ou tous ceux qui ont eu à recevoir dans leur service hospitalier des pertes de connaissance.

Certaines de ces pertes de connaissance sont de très courte durée, elles vont de quelques minutes à quelques heures. D'autres sont remplacées par de véritables syncopes. D'autres enfin se prolongent par un véritable coma.

Mais la perte de connaissance qui frappe, à cause de sa quasi-constance, les observateurs attentifs est le fait qui, de beaucoup, est le plus caractéristique de ce que nous allons appeler maintenant les accidents de décélération. Cette décélération est le mécanisme qui est d'ailleurs pratiquement le grand responsable pathogène des graves lésions des polytraumatisés.

Accélération et décélération

Je n'hésite pas à placer ces pertes de connaissance sous la dépendance directe de mécanismes cinétiques et vibratoires.

Ces mécanismes sont liés aux faits d'accélération ou de décélération brutales qui augmentent avec le poids des divers éléments du corps. Un arrêt brusque sur des sujets assis et l'énergie cinétique plicative tout le corps ou certains de ses segments.

La pesante tête lancée en avant ou basculée en arrière sous l'effet du choc disloque le cou dans un brusque mouvement de fléau qui est très nocif et qui tue parfois (nous en avons eu une expérience ces jours-ci qui a fait beaucoup de bruit).

Quelquefois ce mouvement ne tue pas mais il entraîne cette fameuse syncope dont je parlais, syncope qui est en réalité un état de commotion post-traumatique.

Cette syncope est souvent méconnue. Elle est méconnue et confondue avec un état de shock qui est absolument différent.

Elle est caractérisée par une perte de connaissance brutale, instantanée, qui s'accompagne de pâleur et de toute une série de troubles neuro-végétatifs avec ralentissement du rythme respiratoire, souvent avec altération du pouls, rarement diminution de la tension artérielle.

Elle est très importante. Il semble bien qu'elle soit déclenchée par la perturbation du fonctionnement réticulaire qui, de la moelle cervicale, règle les grands influx du mésencéphale.

C'est une opinion personnelle que je ne puis donner comme absolue.

Mais les incidences pathogènes de la décélération ne s'en tiennent pas là ; cette initiale commotion traumatique n'est pas la seule qui est entraînée par cette décélération.

La nocivité des influx cinétiques contrariés par le stop brutal de l'accident se poursuit. Des lésions anatomiques aussi curieuses qu'inattendues peuvent se produire. C'est ainsi qu'on peut voir se rompre des bronches, éclater le duodénum, la rate, que peuvent se produire des hémorragies du sous-péritoine et ceci sans que le blessé n'ait absolument été touché au voisinage de ces divers organes par aucun traumatisme.

Les explications de tous ces faits que nous comprenons mal jusqu'à ces temps-ci sont maintenant très claires à la suite des travaux biophysiciens des centres de recherche des laboratoires de l'aéronauti-

que sur les effets corporels des accélération et décélération.

Voici un tableau où sont calculés les poids apparents des viscères sous l'effet de la décélération.

Un stop de 60 km/heure en 1/10^e de seconde fait passer le poids :

du foie, de 1 700 g à 28 kg ;
de la rate, de 150 g à 2 kg 1/2 ;
du cœur, de 300 g à 5 kg ;
de l'encéphale, de 1 kg 1/2 à plus de 25 kg ;
et du sang, de 5 kg à 84 kg 1/2.

Ce sont ces chiffres qu'il faut avoir présents à l'esprit lorsqu'on appuie sur son accélérateur et lorsque l'on sait qu'on va risquer un accident.

On comprend maintenant pourquoi les viscères arrachent leurs appareils suspenseurs, pourquoi les vaisseaux éclatent spontanément et pourquoi ces blessés sont si spéciaux.

Si je me suis permis d'insister ainsi sur ces statistiques administratives, sur ces études comparatives et sur les mécanismes de physique vibratoire c'est au fond pour arriver à faire concevoir que le fait capital des grands blessés de la route, c'est qu'ils sont très particuliers et que, jusqu'à présent, trop peu de recherches précises leur ont été consacrées, bien peu d'activités réalistes secourantes leur ont été offertes.

Il est cependant nettement visible que chez ces blessés-là s'imbriquent (sous un masque initial de perte de connaissance, de syncope ou même de coma) les effets nocifs et superposés de leurs lésions multiples traumatisées et régionalement toujours dispersées. Aussi les éclatements, les écrasements, les dislocations des tissus conjonctifs (muscles articulations et os) qui ne ressemblent pas aux lésions ordinaires, les ruptures, arrachements et fissurations des parenchymes et viscères singularisent-ils ces polytraumatisés de la route.

Il n'est pas difficile de comprendre que les divers syndromes cliniques nés les uns de souffrances régionales variées, les autres des états commotionnels et syncopaux s'imbriquent les uns les autres, ce qui dégrade la valeur diagnostique de chacun.

À ce stade de confusion syndromique, il est vain d'affiner les recherches sémiologiques, le tableau clinique ne se laisse pas écrémer et l'observateur le plus rusé ne peut (si d'aventure il parvient à surprendre l'échappée d'un symptôme classiquement estimé décisif) faire fond d'absolue manière sur ce symptôme. D'ailleurs, il a beaucoup de chances de ne pas le retrouver quelques instants après.

Et dominant, écrasant le tout, on constate un état général en détresse qui évoque d'emblée dans sa forme agonique une imminence de mort.

Organiser les secours

Voilà le tableau des blessés qu'il faut maintenant secourir.

Oui, mais quels secours apporter qui soient efficaces et sans danger à ce stade-là du bord de la route à ces grands blessés qui toute faute, si minime soit-elle, enlève la dernière chance de survie, à ce type très particulier de disloqués tissulaires, de « pan-traumatisés » comme on se plaît à les appeler, dont nous savons bien maintenant qu'ils meurent plus par asphyxie, par anoxie de leurs organes que par hémorragie ?

Comment organiser ces secours ?

Ce sont les points essentiels sur lesquels maintenant je vais essayer de dégager un point de vue médico-chirurgical.

Dans l'état actuel de nos organisations chirurgicales et même de l'état actuel de l'esprit de beaucoup

d'entre nous, les pensées se cristallisent dans une conception que j'appellerai de routine qui consiste à croire que le seul devoir de l'Assistance Chirurgicale ne commence qu'au moment où le blessé pénètre dans la maison de santé, le bord de route, le prompt secours, le relevage, le transport, tous ces temps-là ne devant en rien intéresser le thérapeute.

Et c'est pourquoi, aujourd'hui encore, presque partout, faute de secours médicaux organisés, est-ce dès l'accident le point de vue du public et des témoins du drame qui s'impose.

Ainsi les blessés sont-ils agés par les témoins du drame et sont-ils, au hasard des bonnes volontés, transportés charitablement par les voies les plus rapides vers l'établissement de soins le plus proche.

Mais en réalité, ni la pensée, ni la logique, ni les résultats statistiques que nous avons vus ne peuvent, sans faire appel à un cynique paradoxe, se satisfaire de cela.

Il est aujourd'hui impensable que les médecins se désintéressent du stade le plus dangereux pour les blessés et ne veuillent accourir à eux au bord de la route, là à cet endroit où cependant ces polytraumatisés jouent leur dernière chance de vivre.

Alors que dans les avenues et les rues de nos villes, les victimes de la circulation — dont nous savons parfaitement que ce sont certainement les moins graves — sont secourues par des aides habiles, enlevées en brancards et transportées en ambulances, l'esprit se révolte à peine de songer que les pires des blessés soient sur un bord de route, irrévérencieusement enlevés et transportés par le premier venu.

Nous devons admettre que, actuellement, ce temps est révolu.

Prompt secours au bord de la route

Ce paradoxe dans les secours aux victimes de la circulation, paradoxe qui chaque jour coûte la vie à de nombreux blessés — et nous savons hélas qu'il meurt un blessé par heure en France — a depuis quelques années ému le corps médical. Et si je suis ici ce soir, c'est également sans doute parce qu'il vous a de même surpris et ému.

Ainsi l'intervention délibérée de techniciens médicaux dans les secours immédiats aux blessés de la route devient-elle aujourd'hui l'idée dominante.

Elle vise de plus en plus, par des secours médicalement conduits ou inspirés, à promouvoir l'idée du prompt secours sur place, au bord même de la route, et, à défaut, l'idée d'un transport ambulancier,

habile en relevage, en secourisme et en premier secours.

Et ceci est déjà réalisé en Suède, en Allemagne, au Danemark, en Norvège, en Autriche, avec les plus heureux résultats.

Comment concevoir — et c'est ce que nous allons voir maintenant — à ce stade du bord de route, le rôle efficace du prompt secours ?

Dépistage du blessé

Si nous raisonnons, dans la pratique certes, mais également dans l'absolu, il faut bien reconnaître que tout accident corporel survenant sur route est tributaire en matière de secours de la conjonction de trois facteurs :

1° Un facteur fortuit impondérable celui-là et très variable dans le temps, c'est le dépistage du blessé.

Ce temps qui est réduit à rien en ville ou sur les routes à grande circulation peut être allongé si l'accident a été nocturne, s'il est survenu sur des routes ou chemins isolés, ou si le blessé est tombé dans un ravin.

Et ceci est un point très important dont on pourra peut-être discuter tout à l'heure si nous en avons le temps.

Ce dépistage n'est pas encore fait comme il devrait l'être. Il est possible qu'il existe des moyens pour des gens qui ont été témoins d'accidents survenus dans des endroits déserts ou quasi-déserts de signaler par fusées par exemple qu'ils se trouvent en un point et qu'ils attendent du secours sur une route depuis deux ou trois jours.

2° Une fois dépisté par un témoin, l'alerte doit être donnée et c'est le deuxième facteur. C'est le premier devoir d'un témoin que d'appeler au secours. C'est même, dirai-je, son seul devoir actif que d'appeler au secours et de téléphoner à la gendarmerie du secteur.

Nous avons là-dessus souvent et beaucoup discuté. M. Monod se rappelle certainement ces discussions.

Il est indiscutable que les téléphones routiers devraient être mis de plus en plus souvent à la disposition des usagers, de quatre en quatre kilomètres sur les routes, et de cinq en cinq kilomètres sur d'autres secteurs. Ils doivent être reliés directement à la gendarmerie qui a seule qualité pour recevoir l'alerte.

3° Une fois l'alerte donnée, une fois que le gendarme a eu connaissance de l'accident, il doit, lui, d'une part déclencher — c'est son rôle — son secours immédiat d'homme et d'administrateur et,

LUGOCALCION
SIROP HEMOSTATIQUE

LUGOCALCION
A LA VITAMINE C

ampoule buvable contenant 500 mg de vitamine "C"
ANEMIE ET TOUTES DEFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRES NOVALIS OULLINS (Rhône)

Sirop P. Cl. 3 - 10 ampoules buvables P. Cl. 5 - 30 ampoules buvables P. Cl. 13

en même temps, il doit déclencher — c'est là notre impression — l'appel à un secours technique. C'est le troisième facteur.

Que ce secours soit fait par une voiture de prompt secours, par une ambulance, par un service dépendant de lui comme les ambulances de gendarmerie ou l'ambulance des pompiers, il doit déclencher le secours technique. Ce secours technique est donc le troisième facteur. Il est lié à l'alerte.

Nous préférons personnellement — et beaucoup de gens ont cette préférence en France et dans les pays étrangers (dans la plupart des pays étrangers, c'est ainsi) — que ce secours technique émane directement d'un centre chirurgical chargé d'un secteur.

Sur la façon de concevoir ce secteur, beaucoup de choses peuvent être dites et discutées. Tel n'est pas mon but.

L'équipe de prompt secours

Nous pensons que ce centre chirurgical doit envoyer, à l'appel de la gendarmerie, un secours technique. Ce secours technique doit idéalement être un secours formé de ce que nous appellerons un véhicule de prompt secours et d'une équipe de prompts secours.

A défaut de cela, bien entendu, un groupe d'ambulanciers, de secouristes, l'ambulance des pompiers, voire même une voiture transformée, peut être utile. Nous préférons de beaucoup, pour effectuer ce transport, que ce soit un véhicule spécial.

L'idéal donc, à notre avis (et c'est aussi l'avis des Ecoles d'Italie, d'Allemagne, de Belgique, du Danemark, de Scandinavie et d'Autriche) est de dépêcher dès l'alerte de la gendarmerie, une équipe mobile de prompt secours partie d'un centre chirurgical voisin (rayon de 25 km qui convient parfaitement pour desservir et accourir assez vite à l'appel des gendarmes).

Cette équipe voyage dans un véhicule spécialisé muni de deux brancards avec un matériel de prompt secours et un personnel secouriste dirigé — nous pensons que c'est préférable — par un médecin ou par une main médicale, un interne ou un assistant.

Quel est le rôle de ce personnel de prompt secours ?

Je pense que son rôle doit être limité à quelques impératifs très nets.

Un prompt secours valable doit évidemment surtout être limité en action. Sa vertu est surtout d'éviter les fautes que son absence autoriserait de commettre aux témoins.

Deux impératifs sont essentiels — pour moi, je dirais presque un seul — pour un prompt secours : une action de sauvetage et une attitude de sauvegarde.

1° L'action de sauvetage : le sauvetage consiste à sauver quelqu'un qui est en train de mourir. C'est une action qui doit être rapide, brusque, instantanée, irréfléchie presque. C'est un sauvetage respiratoire d'abord et circulatoire ensuite des grands blessés qui s'asphyxient ou qui sont en syncope.

Ce type de blessés — j'insiste sur ce point — est condamné à mort et meurt s'il est déplacé avant que ces actes de sauvetage primaires soient faits. C'est le cas de la plupart de ces blessés dont tous les jours les journaux nous relatent l'histoire, grands blessés de la route transportés d'urgence à l'hôpital et morts à l'arrivée.

2° Une attitude de sauvegarde chez ceux qui, n'étant pas en lutte contre la mort, peuvent être sauvés comme les premiers.

Ce sont de grands blessés certes, mais qui cependant sont bien vivants. C'est le type des fractures du

rachis par exemple, qu'il faut sauvegarder contre un geste mauvais, des traumatisés du cou, du crâne. Ils n'auront la vie sauve que si une main habile sait les déplacer, les relever et les transporter.

A cette attitude se rattachent évidemment les secours cardio-vasculaires qui peuvent s'imposer mais, je crois, secondairement, le premier acte de sauvetage respiratoire ayant été commis.

Voilà, je pense, les deux seuls impératifs premiers du prompt secours. Accessoirement, on peut immobiliser des membres, placer un garrot sur les plaies dangereuses, car je n'ai jamais vu personnellement, bien que j'aie été témoin de quelques accidents de la route, de plaies qui saignaient beaucoup.

C'est là, je crois, à quoi doit se borner ce sauvetage.

Le sauvetage du syncopé, de l'agonique, la réanimation vraie, la ressuscitation du moribond qui dépasse surtout d'asphyxie ou d'anoxie est, j'en suis persuadé, le premier geste à entreprendre. Il faut l'entreprendre au lieu même de l'accident, sur le bord de la route, avant tout mouvement et tout transport du sujet.

Il faut rétablir la liberté des voies respiratoires. Il faut rétablir une bonne ventilation. C'est un acte simple et majeur.

Et la preuve que cette opinion ne m'est pas absolument particulière c'est que dans le monde, dans tous les pays où cette étude concernant le sauvetage respiratoire des blessés est effectuée et où les prompts secours sont apportés, on s'affaire partout à rechercher le meilleur moyen d'y arriver.

Il est indiscutable que, aussi bien pour l'encéphale — surtout — que pour le reste du corps, il faut de toute nécessité rétablir le plus vite possible une ventilation pulmonaire correcte.

Réanimateur : indispensable !

Nous, nous savons qu'un simple traumatisme crânien peut devenir un œdème cérébral et que des vaisseaux cérébraux peuvent éclater sous l'effet de cette anoxie si bien qu'un hématome intra-cérébral se forme qui n'est pas né d'emblée ou qui provient tout simplement d'une insuffisance respiratoire initiale.

Toute cette essentielle réanimation respiratoire d'urgence à faire sur place que nous venons de voir est un acte qui, pratiquement, doit être systématique et de routine. Il peut être confié par conséquent certes à un secouriste averti et habile.

Mais parfois — plus rarement certainement — les problèmes sont posés par d'autres causes que les causes simples d'oblitération du fond de la gorge (mucosités, appareils dentaires) et alors il peut exister des inondations pulmonaires qui nécessitent des aspirations plus délicates quelquefois parfois même la fabrication instantanée d'une fistule laryngée, d'une trachéotomie.

C'est pourquoi il vaut tout de même mieux que soient présent dans cette équipe de secours, non pas seulement un secouriste, mais un médecin réanimateur.

C'est là je crois le point important qui me sépare personnellement de certains autres de nos collègues pour qui ce réanimateur n'est pas absolument indispensable.

Tout ceci, pas plus que la trachéotomie ne peut donc se passer d'un médecin.

Réanimé tant bien que mal, c'est l'instant maintenant où les modalités de mise sur cadre ou de mise en brancard doivent se décider en même temps que va se faire l'assistance au système circulatoire par

des cardio-toniques ou par des perfusions de liquides remplaçant le sang.

L'assistance d'un système circulatoire telle qu'elle serait nécessaire à ce moment-là (transfusion) est impossible. Il ne faut pas penser sur le bord d'une route pas plus que dans une ambulance disposer d'un sang pour un blessé de ce type-là.

On est donc obligé d'assister par des produits de substitution. Il existe de nombreux produits de substitution et je crois que c'est à des produits de cet ordre-là qu'il faut faire appel à ce moment-là, sous forme de perfusions. La respiration est assurée de façon correcte par un masque à oxygène.

Que dire de l'emballage des blessés ?

Il est bon mais il est difficile à faire.

Il faut parfois pour emballer une cuisse fracturée imposer à des blessés graves de grands mouvements.

Il faut éviter de le faire. Mieux vaut ficeler les membres ensemble et s'en tenir là.

Nous connaissons les positions de transport. C'est neuf fois sur dix la tête légèrement basse. La position ventrale n'est acceptable que s'il y a une fracture de la colonne vertébrale.

Mais est-il possible, à ce stade-là, de faire toujours un diagnostic exact ? Car en effet, ce n'est pas un stade où le diagnostic exact des lésions doit être fait.

D'ailleurs, pour faire un tel diagnostic à ce stade-là, il faudrait parler de radiographie complète du sujet. Or, il n'est même pas question de transporter le sujet dans l'hôpital directement à la radiographie.

Le drame des brancards

Donc, il faut se contenter de gestes de routine dont le principal est un geste de sauvetage, puis de gestes d'attitude de sauvegarde à l'endroit de ces grands blessés.

Maintenant, on va le mettre sur un brancard. Ici commence un drame, le drame des brancards.

Depuis des siècles que l'on place des sujets sur le dos et qu'on les transporte sur des brancards, on n'a pas encore été capable de trouver un modèle standard qui se passe de main en main sans qu'on soit obligé chaque fois de déplacer le malheureux blessé.

Sur route, c'est une ambulance qui prend en charge le blessé ; elle le transporte à l'hôpital. L'hôpital garde le blessé mais l'ambulance veut son brancard. Il faut donc le lui rendre.

Le blessé est transporté par un véhicule qui a un brancard. Il arrive à un poste de déchocage. On le place sur un lit. Il sort donc du brancard. De là, on le transporte à la radiographie. On le remet sur un brancard. De la radiographie, on le transporte à la salle d'opération sur un autre brancard. Et ainsi le sujet passe de brancard en brancard.

Il est impossible d'arriver à le maintenir sur le même brancard. En tout cas, s'il est sur un brancard, il y a toujours quelqu'un qui vienne le réclamer !

Voilà une question que l'on n'est pas arrivé à résoudre depuis des années que nous nous occupons de ce problème. Ici se trouve à côté de moi un représentant de la Commission spéciale chargée des accidents de la route. Je crois qu'il n'arrivera jamais à le résoudre. Depuis des années que nous en parlons, nous en sommes toujours au même point.

L'ambulance doit partir de l'hôpital

Une fois placé sur un brancard et mis dans l'ambulance, le transport va s'effectuer.

L'avantage de l'ambulance partant d'un hôpital est le suivant : l'hôpital a été alerté du départ de l'ambulance. A son retour, l'équipe chirurgicale qui doit entreprendre le traitement sera présente, prête à recevoir le blessé...

Nous avons étudié avec Bourret, de Salon, le temps — que certains ont trouvé trop long — qu'il fallait pour qu'un blessé du bord de la route soit pris en charge par une équipe chirurgicale.

Ce temps est à peu près le même si l'hôpital envoie chercher le blessé à l'endroit où il se trouve sur la route ou si quelqu'un l'amène d'urgence à l'hôpital, parce que dès qu'il arrive au centre chirurgical, il faut alerter l'équipe de soins et elle n'est pas là avant quelques minutes. Ces minutes sont celles qui corres-

Laboratoires SAUNIER

89, rue Lauriston, PARIS-16^e

Tél. : POIncaré 38-30 (3 lignes)

GASTRILAX

La formule de Bourget citratée en milieu effervescent.

Remboursé SS Prix : CL 3

Normalise les fonctions hépato-digestives

Posologie : 1 cuillerée à café dans un demi-verre d'eau le matin à jeun ou aux repas.



pondent à peu près au temps nécessaire à une ambulance pour se rendre auprès du blessé.

Voilà où en sont actuellement les idées que nous avons sur ce problème.

Je les résume en deux mots : la détection du blessé est difficile ; l'alerte indispensable, c'est le rôle du témoin ; le gendarme est le pivot qui reçoit l'alerte et qui la transmet au poste technique, c'est-à-dire à l'hôpital qui envoie une ambulance de prompt secours avec une main médicale qui permet de soigner le blessé d'emblée.

Le premier geste indiscutable, indispensable, est la ressuscitation.

Maintenant le blessé est arrivé au centre. L'étape hospitalière commence.

Si je devais résumer ainsi ma pensée très brièvement sur l'organisation des secours aux blessés de route, je dirais que cette organisation doit :

— garder un caractère régional et adapté aux possibilités techniques offertes par les divers établissements publics et privés de soins ;

— doter de 50 en 50 kilomètres, sur les grands axes routiers, un établissement désigné et habilité d'équipes mobiles de prompt secours.

Je crois que tous les établissements peuvent collaborer à ces prompts secours.

Encore faut-il qu'ils soient dotés de tout ce qui est nécessaire, c'est-à-dire d'un service complet hospitalier.

Organiser un réseau téléphonique d'alerte relié à un poste de gendarmerie qui aussitôt doit alerter l'équipe secourante.

Laisser le blessé léger et lucide décider librement de son sort au bord de la route : il peut attendre l'ambulance ou bien être transporté par un passant, peu importe.

Mais imposer pour tous les autres, surtout pour ceux qui sont privés de leur libre arbitre, pour ceux qui sont dans le coma et n'ont pas la possibilité de donner leurs opinions et avis, la faible attente du prompt secours ou à défaut de l'ambulance ou de son confort.

Mais il est évident que les secteurs ainsi organisés doivent être connus du public. S'ils ne sont pas organisés, le public risque d'attendre un prompt secours absent qui ne viendra jamais.

Les vœux de l'Académie

Je ne conclurai pas personnellement mais je vais me contenter de vous donner les conclusions de diverses assemblées.

L'Académie de Chirurgie, le 8 juillet 1959, émettait le vœu suivant :

« Consciente de la nécessité d'instaurer des mesures efficaces pour parer à ce véritable fléau des accidents de la route, émet le vœu :

« 1° que les pouvoirs publics élaborent sur tout

le territoire une organisation capable de réaliser dans les meilleures conditions possibles l'alerte, le ramassage, le transport et la réanimation des victimes des accidents de la route, dans le cadre public et privé de l'armement hospitalier de traumatologie ;

« 2° qu'afin de mesurer le concours rationnel et efficace du public en cas d'accidents de la route, une propagande bien conduite fasse son éducation afin de lui enseigner les règles élémentaires du secourisme :

« 3° que tous les efforts soient coordonnés par le Comité Médical National du Ministère de la Santé Publique et qu'une organisation rationnelle soit créée sur le plan national pour les soins à apporter aux blessés de la route. »

Ce vœu a été voté à la suite d'une importante discussion menée par le Professeur A. Sicard à la suite d'un rapport sur un travail du Professeur Forster.

Le Congrès de Gênes

Au premier Congrès National Italien du prompt secours chirurgical sur route qui s'est tenu à Gênes les 19 et 20 décembre 1959, l'Assemblée des Chirurgiens et Médecins votait l'ordre du jour suivant :

« Le Congrès appelle avec insistance l'attention du Gouvernement et de l'opinion publique sur le nombre des blessés et des morts dus aux accidents de la route. Les accidents constituent une des causes majeures de l'actuelle mortalité. Cela démontre l'absolue nécessité d'organiser un prompt secours routier adéquat et ayant un caractère national.

« Il est pour cela nécessaire :

« 1° de mettre en fonction un service national d'alarme utilisant le réseau téléphonique routier et relié à des centres de prompt secours ;

« 2° d'instruire le public sur le danger du transport irrationnel des blessés et de donner des instructions précises en ce sens à toutes les personnes attachées au service des rues et routes (gendarmes, police de la route, gardiens de la paix...) ;

« 3° d'organiser auprès des blessés graves et à l'endroit même de l'accident des moyens de prompt secours, cela pour éviter — les Italiens sont plus précis que nous — que 50 % de ces victimes ne meurent pendant leur transport à l'hôpital ;

« 4° de doter les centres de prompt secours « d'ambulances chirurgicales » de modèle standard particulièrement adaptées à la réanimation des blessés aussi bien sur place que pendant leur transport. »

Messieurs, je pense que vous accepterez comme conclusions du rapport que j'ai eu l'honneur de vous faire, ces « ordres du jour » émanant d'autres assemblées que celles-là, mais qui, je crois, corroborent dans leurs déclarations, les opinions que je viens d'avoir le grand plaisir d'exposer et de défendre devant vous.

LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS (XV^e)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

DIGIBAÏNE

Tonique cardiaque

P. cl. 2

ANISKÉMIA

Vasodilatateur

P. cl. 2

SPASMOSÉDINE

Sédatif cardiaque

P. cl. 2

En 1996, le Docteur André SOUBIRAN m'avait transmis (voir son annotation), copie d'une lettre reçue de M. Jacques DUPUIS, ancien Secrétaire Général de la Société de kinésithérapie.

Il joint à sa lettre la copie d'un texte du Professeur ARNAUD, « Les grands blessés de la route, Comment les secourir ? », paru dans la revue de son organisation, en 1964.

Marcel ARNAUD conseille déjà « d'éviter le plus possible de placer un garrot ».

Il rappelle, pour le déplacement d'un polytraumatisé de « ne jamais le saisir par les membres seuls »*.

Et notre public, la formation des témoins de ces accidents pour lesquels les pouvoirs publics français n'ont RIEN FAIT depuis cette date !

Soit : PLS, LVA et surveillance de la respiration, ventilation assistée – pansement compressif.

A l'issue du congrès de l'ANIMS, à Montpellier, en 1984 (voir détails sur les interventions du Professeur SERRE et les vifs échanges avec Michel THEVENET de la CRF) ; le capitaine de sapeurs pompiers Roland MEZY vint à ma rencontre. Il me remercia d'avoir évoqué la mémoire du Professeur ARNAUD (J'avais annoncé une probable rue à son nom, à Lys lez Lannoy – citant Henry DUNANT qui avait sa place à Paris).

Roland MEZY m'adressa comme promis le texte en question avec ses encouragements, citant « notre Maître » comme tous ceux qui l'ont apprécié et admiré, et avaient reçu directement de lui son enseignement (qu'il soit médical ou non).

Et le texte de Marcel ARNAUD s'achève par une citation de Bernard SHAW qu'il avait écrit au tableau, à Châtel Guyon, en avril 1970, lors du stage d'une semaine de formation de moniteurs de secourisme routier (voir tome I).

* A méditer à propos de la PLS « seul » enseigné aujourd'hui pour les blessés comme pour les malades.

Courrier ~~qui m'a été~~ adressé
spontanément

Ad

25 Octobre 1996

JACQUES DUPUIS ☼ ☼ ☼
2, RUE CHARLES PATHÉ
94300 VINCENNES
TEL. 01 03 00 02

Cher Monsieur,

Cet article du Professeur Marcel Arnaud m'est revenu en mémoire, juste après le don que j'avais fait à l'École des Cadres de Kinésithérapie de Paris-Larris, de la collection que je possédais des numéros de la Revue de Kinésithérapie. Après recherches, celui de 1964 m'a été renvoyé - J'en ai fait extraire les feuilles que je joins à ce courrier.

→ L'ayant relu, je m'aperçois que les rappels de l'auteur concernant : "quelles erreurs faut-il éviter et comment?", suivis de : "quels actes immédiats doivent être effectués, sur place, lorsque l'on est témoin d'un accident", mériteraient d'être rappelés - peut-être -

→ Les automobilistes concernés, désirant venir en aide au blessé, peuvent hésiter à faire quoi que ce soit ou, n'écoutant que leurs bonnes intentions, se livrer à des gestes inutiles et même dangereux, en toute bonne foi.

→ versu

L'imperfection de la reproduction et son envoi me permettent, en tout cas, de vous exprimer la sympathie que j'éprouve pour votre œuvre littéraire et l'importante action que vous avez prise et prenez toujours dans l'organisation et les réalisations de l'A.C.M.F.

Veuillez, je vous prie, agréer, Cher Monsieur, avec mes sincères remerciements, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

J Dupuis

alias Dupuis-Deltor

N° 20627 à l'A.C.M.F.

ex-Secrétaire Général de la
Société de Kinésithérapie.

LES GRANDS BLESSÉS DE LA ROUTE COMMENT LES SECOURIR ?

M. le Professeur Marcel ARNAUD
Chirurgien-Consultant des Hôpitaux de Marseille

C'est la vitesse, surtout, qui donne à l'accident sa gravité.

C'est surtout lorsqu'ils surviennent à grande vitesse que les accidents de la circulation deviennent graves. La lecture et l'étude des statistiques sont très édifiantes sur ce point : elles font ressortir que, pour les victimes d'accidents survenus dans les centres urbains (accidents des rues, des boulevards, des avenues), la mortalité globale est, en France de 2,36 % (2,58 % à Paris et dans le département de la Seine), tandis qu'elle atteint 5,68 % pour l'ensemble des victimes d'accidents survenus en rase campagne. Les accidents de la route sont donc deux fois plus graves que les accidents de rues.

Pourquoi et comment le facteur vitesse intervient-il ?

Que l'intensité des dommages et, partant, leur nocivité dépende directement de la vitesse, qui pourrait sérieusement s'en étonner ? Nous savons bien qu'un homme de 70 kgs, animé d'une vitesse de 60 km/h, développe alors une

énergie de 9.800 kg ($E = \frac{1}{2} MV^2$).

Et qui devrait aujourd'hui oublier les lois de la décélération, et que le passager d'un véhicule lancé à 100 km/h et stoppé sur un obstacle en 1/10 seconde voit instantanément augmenter son propre poids et le poids de tous ses viscères ? Ainsi, dans l'exemple choisi, le foie passe-t-il de 1,700 kg à 47,600 kg ; le rein et le cœur, d'un poids normal de 300 g, atteignent l'un et l'autre 8,400 kg ; l'encéphale passe de 1,500 kg à 42 kg, et la masse sanguine, normalement estimée à 5 kg, atteint brusquement 140 kgs !

Tout cela permet d'imaginer les dégâts. Chacun peut, de même, aisément calculer, s'il le désire, quelques homologues d'énergie entre les décélérations brutales infligées à une masse et la chute libre de cette masse : c'est ainsi qu'un « stop » brusque infligé à un corps lancé à 100 km/h est l'homologue physique d'une chute libre de 39,40 m de hauteur !

Ces diverses formules imagées ont l'ambition de faire réfléchir. Puissent-elles avoir la prétention de faire comprendre ! Il est clair en tout cas que la force de frappe, génératrice des dégâts et, partant, de l'intensité des dommages, a un rapport direct avec la vitesse du véhicule au moment de sa fortuite décélération. Tout cela, d'ailleurs, permet même de préfigurer le style, le type et l'étendue des dégâts subis par les structures anatomiques des victimes ayant à supporter de telles agressions physiques.

**De la conjonction de deux styles de mécanismes agresseurs
naît le « polytraumatisé » de la route.**

Il importe de connaître les deux styles, les deux modes que revêtent les mécanismes agresseurs. Où et comment sont frappés les victimes ?

D'une part, il s'agit d'actions percutantes pures, d'impacts « directs » partant de l'extérieur : ces actions-là produisent les érosions, les plaies, les ecchymoses, les fractures, les écrasements (des membres ou des viscères).

D'autre part, et simultanément, des mécanismes agresseurs procèdent de l'intérieur ; il n'y a pas d'impact direct ; ils sont déterminés par l'intensité même de la cinétique et des vibrations qui en résultent. Le style de ce second mécanisme est très caractéristique des accidents à grande vitesse :

C'est ainsi qu'en arrêt brusque sur des sujets assis, la cinétique plie le corps et surtout ses segments ballants ; la tête, en particulier, est lancée en avant, puis en arrière (ou vice-versa, suivant le sens du « stop »), ce qui disloque le cou, ses vertèbres et sa jonction bulbo-médullaire ; le cerveau, violemment ballotté dans sa boîte, s'abîme sur les parois ; le cœur tire sur l'aorte et peut en déchirer la crosse ; la foie tend ses amarres diaphragmatiques et peut les briser ou se déchirer sur elles... Et les conséquences lésionnelles de traumatismes sans impact direct constituent les surprises de la traumatologie moderne par grandes décélérations. La surprise se poursuit d'ailleurs à l'observation même de victimes et de leurs états de détresse.

De ces deux styles agressifs, caractéristiques des grands drames de la route : dont les effets nocifs se superposent, naissent ces victimes particulières que sont les POLYTRAUMATISÉS DE LA ROUTE.

Le fait « polytraumatisme » est capital pour comprendre les « blessés de la route ».

Ces victimes-là sont atteintes à la fois par des IMPACTS EXTERNES, par des plaies à la face et aux membres (c'est là que se trouvent habituellement les lésions les plus évidentes, les plus spectaculaires) ou par des fractures ou luxations et par des IMPACTS INTERNES, par des lésions internes provisoirement muettes dans leurs expressions pathologiques spécialisées, lésions souvent topographiquement éloignées des impacts externes signalés, eux, par des érosions, des ecchymoses ou des plaies.

Toute la convenance et toute l'efficacité des tactiques de prompts-secours aux grands blessés de la route découle d'une parfaite compréhension de ce FAIT CAPITAL : Les victimes des accidents survenus à grande vitesse (soit 95 % des blessés de la route) sont des polytraumatisés ; ces blessés-là sont atteints de lésions visibles, importantes et souvent même très spectaculaires ; mais ils sont également porteurs d'altérations intimes, profondes et cachées ; ce sont ces altérations-là qui sont presque toujours déterminantes de l'état immédiat de détresse dans lequel se trouvent ces blessés ; de même ces altérations conditionnent-elles la survie dans les heures qui vont suivre, ainsi que les très graves complications, immédiatement inapparentes, mais en instance de rapide survenue.

Où sont les « points noirs » du polytraumatisé ?

Quels sont les sièges habituels de ces lésions essentielles et cachées ? Quels sont les « points noirs » du polytraumatisé ? Où se situent donc ces altérations dues à la cinétique et qui déterminent ces troubles graves des grandes fonctions vitales ? Il importe de les bien situer afin d'éviter, à l'heure des secours, de maladroitement dégrader encore des fonctions déjà compromises.

Ce sont essentiellement les STRUCTURES ANATOMIQUES MÉDIANES ET HAUTES du corps qui constituent ces « points noirs ». On peut les distinguer en trois complexes essentiels : complexe crânio-cervical, complexe thoraco-rachidien et complexe abdomino-pelvien. Ce sont les atteintes graves d'éléments constitutifs de ces complexes qui sont meurtrières pour les polytraumatisés, à moins que, d'emblée, la sauvegarde des victimes ait été strictement assurée par d'habiles actions protectrices de prompts-secours.

Beaucoup plus rares, en effet, sont, semble-t-il, les lésions des structures distales (des membres en particulier) capables d'entraîner la mort rapide, même si les dommages ne sont pas d'emblée secourus par des mains fort habiles.

Quelles erreurs faut-il éviter et comment ?

Dans les cas d'altération des zones dangereuses, de ces « points noirs » ci-dessus indiqués, toute erreur de tactique dans le secours, dans le relevage et le transport risque d'être très chèrement payée. Ces erreurs doivent être évitées. Voici pour cela quelques conseils :

I. — Les plus graves polytraumatisés de la route (ceux qui posent les plus délicats problèmes) sont dans le coma, en syncope (ou en collapsus) et en grandes difficultés « respiratoires » (en dyspnée ou même en apnée, mais sûrement en dette progressivement croissante en oxygène).

La première erreur est de CROIRE UNE VICTIME « MORTE » alors qu'elle est en syncope grave. Se défier, donc, des blessés (vus à leur stade immédiat) privés de souffle, de pouls et d'expression de vie ; ne pas les abandonner sans secours, après avoir hâtivement décrété leur trépas. Seul un témoin hardi et compétent pourra quelquefois sauver des victimes de ce type-là : s'il n'est pas, en effet, procédé sur-le-champ à leur RESSUSCITATION RESPIRATOIRE, l'asphyxie par apnée provoquera, dans les 5 ou 10 minutes, la mort définitive.

II. — Éviter que les blessés ne s'étouffent. De fait, ils s'étouffent très souvent, au stade du bord de route, non par brusque asphyxie, mais par le fait d'une gêne respiratoire entretenue ; la dette en oxygène s'accroît de minute en minute, provoquant la désastreuse ANOXIE, dangereuse dans ses répercussions viscérales (cérébrales surtout) et très difficilement réversible. Ces victimes s'étouffent par le fait d'obstacles ou d'obstruction au niveau de l'oro-pharynx (corps étranger chu au fond de la gorge, fractures maxillaires...) ; elles s'étouffent par leurs propres vomissements entraînés dans les voies aériennes (accident habituel chez les comateux), elles s'étouffent par vice d'amplication thoracique (fracture du volet costal, épanchement thoracique, lésion du diaphragme) ; elles s'étouffent par raréfaction du vecteur hémoglobine d'oxygénation cérébrale (perte sanguines graves, collapsus vasculaire). LA DETTE EN OXYGÈNE est l'accident le plus fréquent et le plus grave qui altère l'état des blessés de la route. C'est une lourde faute que d'omettre d'y remédier d'urgence et en priorité.

III. — NE PAS REMUER, sans raison impérieuse et sans précautions spéciales, les polytraumatisés au bord de la route. Éviter surtout de les placer TÊTE HAUTE : remuer en tête haute un polytraumatisé, c'est ouvrir le cycle du shock traumatique ou en précipiter l'évolution ; c'est également provoquer des saignements viscéraux (cérébraux en particulier).

Une faute, trop fréquente, hélas ! consiste à ne pas imposer un repos absolu allongé, tête basse, à toute victime d'un accident de la circulation pour peu qu'elle ait ressenti une « commotion ». Vingt à trente minutes de repos ainsi passé sur place, suivies d'un transport semi-allongé et de 24 heures de lit, éviteraient 90 % des séquelles pénibles aux petits et aux moyens blessés de la circulation... et quelques-unes des complications mortelles brutales qui ne sont pas exceptionnelles, même chez ce type de victimes estimées « bénignes ».

IV. — Éviter la plus possible de placer un garrot : essayer toujours auparavant de contrôler le saignement des plaies (qui est déjà rare pour les plaies par écrasement ou pour les fractures ouvertes à ce stade de bord de route) par la compression digitale du tronc artériel à la racine du membre. Quinze à vingt

minutes de cette compression, un **pansement compressif de la plaie** (sous beau-
coup de coton et par bande élastique) et une **immobilisation du membre** et du
blessé en **position déclive** évitant 9 fois sur 10 le garrot.

V. — S'il est indispensable de déplacer un grand polytraumatisé, n'y procé-
der qu'avec beaucoup de précautions pour **transférer en MASSE** les 3 complexes
dangereux plus haut décrits (crâne, cou, thorax, abdomen, bassin) et ne jamais
le saisir par les membres seuls.

VI. — Ne jamais commettre l'erreur de **s'emparer d'un blessé de la route**
et de le transporter dans un **véhicule inadapté** et sans précautions spéciales vers
un **Centre de Soins hypothétiquement équipé** :

TOUJOURS DONNER L'ALERTE A LA GENDARMERIE ; il y a partout des
brigades alertables instantanément par téléphone. La gendarmerie est actuelle-
ment en mesure d'appeler les prompts-secours efficaces, prévus et organisés dans
chaque secteur routier ; elle est surtout informée des possibilités chirurgicales
et des organisations d'urgence prévues par la Santé Publique dans leur secteur
d'intervention.

Quels actes immédiats doivent être effectués sur place ?

Il ne faut pas croire que le temps mort qui est nécessaire pour qu'intervien-
nent auprès des victimes les services d'alerte et de secours (téléphoniquement
ou directement prévenus) soit un temps dangereusement perdu pour les blessés :
QUELQUES ACTES TRES SIMPLES, auxquels devraient être rompus les témoins
(c'est-à-dire le public, les **automobilistes en particulier**) et qu'il faut le plus
vite possible rendre au contraire très bénéfiques les quelques quarts d'heure
d'attente.

- 1° Allonger sur une couverture et au sol la victime couchée sur **LE COTÉ**,
en **POSITION LÉGÈREMENT DECLIVE**.
- 2° **Dégager** son cou, son thorax, son abdomen de toutes strictions ou pres-
sions et surveiller l'**ampleur de ses mouvements RESPIRATOIRES**.
- 3° Si la respiration est gênée tant soi peu : vérifier la liberté de la gorge,
défléchir la tête en arrière en tirant sur elle par une prise occipito-men-
tonnière ; la déflexion ouvre l'oro-pharynx ; la traction protège la moelle
en cas de fracture ou de dislocation cervicale.
- 4° Si cette manœuvre est insuffisante : pratiquer aussitôt une **RESPIRA-
TION ASSISTEE** par manœuvre dite du « **bouche à bouche** ». Ne jamais
pratiquer d'autre mode de respiration artificielle chez les blessés de la
route dans l'ignorance où l'on se trouve à ce stade-là d'une altération
thoracique diaphragmatique ou vertébrale. Poursuivre cette assistance
respiratoire jusqu'à l'arrivée des prompts-secouristes et de leurs oxygé-
nateurs de secours.
- 5° **Maintenir le dos et les lombes en LORDOSE** : c'est le seul moyen de pré-
server la moelle en cas de fracture de la colonne vertébrale.
- 6° Contrôler par **compression digitale à distance** (racine du membre) une
éventuelle (mais rare) hémorragie artérielle et faire placer par un té-
moin habile un **pansement compressif** (compresser le pansement à la
main au besoin) sur la plaie. Attendre ainsi l'arrivée des prompts-secours.
- 7° Dès cette position, initialement donnée à la victime, **NE PLUS LA BOUGER
DU TOUT** au cours des diverses manœuvres secourantes ci-dessus Indi-
quées : l'immobilité, la déclivité (légère position de Trendelenburg),
l'assistance respiratoire, la tête en arrière, la position latérale, la con-

trôle immédiat d'un saignement sont les meilleurs moyens, sur le terrain même de l'accident, pour éviter la SURVENUE RAPIDE du Shock et la naissance de nouvelles altérations dues à des déplacements intempestifs de structures brisées (paraplégie).

Il est bien entendu que la victime sera protégée contre les intempéries (couvertures, toiles de tente...).

Plus délicate est l'aide immédiate à apporter à des victimes incarceratedées dans leur voiture : le principe est, dans ces cas-là :

- 1° de SECOURIR avant toute manœuvre LA RESPIRATION si elle est gênée, fût-ce par une assistance respiratoire « bouche à bouche » effectuée sur la victime incarceratedée ;
- 2° de ménager les orifices nécessaires dans la carrosserie pour que le blessé puisse être saisi EN MASSE (protection absolue des 3 complexes où siègent les « points noirs ») et NON EXTRAIT par des tractions ;
- 3° au cours de ces manœuvres, qui sont délicates et, partant, un peu longues, s'il existe une plaie qui saigne, il ne faut pas craindre d'empaumer directement cette plaie à main nue et d'en contrôler ainsi, localement, l'hémorragie.

Aujourd'hui, sont déjà organisés, sur les routes de France, plusieurs secours protégés par des prompts-secouristes volant au secours dès l'alerte. Cette organisation se poursuit. Il est cependant absolument indispensable que le nombre des automobilistes ayant quelques idées et habitudes des secours que je viens d'esquisser se multiplie. Car les premières dix minutes, pour les grands traumatisés, sont déterminantes... et ces minutes-là, seuls les témoins immédiats peuvent aider les victimes à les survivre.

LES BLESSES GRAVES DE LA CIRCULATION ROUTIERE SONT

DES BLESSES SPECIAUX - POURQUOI ?

Par Monsieur le Professeur ARNAUD

Le thème exact de cette conférence concerne uniquement les "blessés graves" de la circulation. Mon exposé se limitera donc à eux et même aux plus graves d'entre eux que sont les "polytraumatisés de la route", c'est-à-dire à ces victimes très angoissantes qui demandent en très grande priorité et urgence toute notre sollicitude et tous nos efforts d'assistance, en somme, toute une organisation de secours sans faille (secours prêt-et intra-hospitaliers), organisation dont les exactes dimensions ne sont d'ailleurs encore nettement ni bien imaginées, ni bien comprises à l'échelon national par les divers pouvoirs publics intéressés pourtant par les actuels grands drames de la route.

*

* *

1) Mais voyons tout d'abord qu'est-ce qu'un "grave polytraumatisé de la route" et comment et pourquoi les victimes d'accidents de la route revêtent ce particulier caractère de "graves polytraumatisés".

Lorsqu'un véhicule en marche s'arrête brusquement (en un centième de seconde par exemple) - ce qui est le cas d'un accident par "stop" instantané contre un obstacle dur - il est bien connu que ce véhicule et son contenu obéissant aux lois naturelles de l'énergie, lois exprimées par la formule classique $E = 1/2 M V^2$. C'est bien entendu, le même principe physique et les mêmes lois qui déterminent l'énergie développée par la décélération du véhicule ou par accélération.

a) D'emblée ici nous devons noter ce fait capital : que dans cette formule-loi, à laquelle nul ne peut échapper, c'est bien cette terrible multiplication par le carré de la vitesse qui domine de son écrasante valeur la dimension de toute l'énergie lors du fracas. A cause de cela, le facteur "vitesse" est pratiquement le responsable quasi-unique de la force qui fracasse, force qui augmente intensément sa puissance au fur et à mesure que croît la vitesse du véhicule en instance d'accident.

.../...

Cette loi physique s'applique évidemment aussi bien à l'homme (et à ses structures anatomiques vivantes) qu'aux masses d'acier et aux matériaux inertes de la machine accidentée.

On en est ainsi arrivé à établir, par des calculs précis qui tiennent compte de certaines évasions partielles de l'énergie initiale, évasion (ou plutôt transformation partielle de cette énergie) en chaleur, en lumière, en bruits, en vibrations de toutes natures, on en est arrivé, disais-je, à établir qu'un homme de 70 kgs, animé d'une force vive de 60 Km/h, développait, lors d'un stop instantané, une énergie de 9 tonnes 600 !!

Il est évident qu'aucune structure du corps humain ne résisterait à une aussi colossale puissance énergétique, si cette énergie s'appliquait intégralement (et sans fuite qui la diminue) sur une région unique et très limitée du corps.

b) Heureusement pour nous, lors d'un accident, cette énergie initiale s'épuise, se fragmente, se sème et s'amenuise en chemin ... ce qui la rend finalement acceptable, négociable pour le corps humain, sans qu'il s'en suive pour lui toujours la mort : c'est d'abord une bonne partie de cette énergie (de ce grand E de notre formule-loi) qui se perd en absorption par les aciers les tôles, les plastiques, les vitres : tout cela s'écrasant, se brisant se tordant, et se défonçant, réduit cet implacable "carré de la vitesse" qui domine toute l'équation énergétique. Mais c'est surtout (et cela est capital) le fait suivant : l'énergie restante, et que développe le corps humain catapulté lors du stop ... Cette énergie-là se disperse et s'épuise en de très nombreux points (ou pôles) d'impacts fragmentés et répartis sur le corps humain. Ainsi fragmentée, répartie, dispersée et épuisée sur les très nombreuses structures anatomiques frappées, déchirées, brisées ou ébranlées, la grande énergie initiale perd son pouvoir de "tuer sur le coup" et elle permet des survies, survies précaires certes, mais qui n'existeraient pas sans cet épuisement répartitif des forces du fracas initial.

c) Le raiçon pratique de cette absorption, par dispersion sur le corps d'une énergie -(qui eut été mortelle sans cet épuisant étalement étalement), c'est que les survivants des accidents à grande vitesse sont frappés en plusieurs points, sur plusieurs zones de leur corps : ce sont des "polytraumatisés" ; ce sont les graves polytraumatisés de la route.

Telles ont, en bref, la genèse, la bio-physique des actuels polytraumatisés de la route, victimes devenues classiques dans les accidents par accélération ou décélérations des voitures automobiles rapides d'aujourd'hui.

*

* *

2) Mais ces polytraumatisés - là (dont nous venons de voir les raisons

.../...

d'être par suite de leur soumission aux lois de la physique) ne sont pas atteints n'importe où sur leur corps. Et cela est encore un fait important et qui leur est spécial. En effet, l'énergie initiale ne s'épuise pas, ne se perd pas (sur le corps de la victime) n'importe où, ni n'importe comment. Tout est ici encore dominé par des lois-principes de cinétique dont nul n'a le pouvoir de s'affranchir.

En cette cinétique imposée à l'homme va infliger à ses structures anatomiques trois styles simultanés et différents d'agression, trois mécanismes simultanés d'attaque de son organisme, ce qui lui vaudra trois groupes très différents de dommages contemporains. Cela est très caractéristique des polytraumatisés modernes de la route.

Prenons l'exemple simple (et fréquent) d'une voiture roulant à 75 kmh et brusquement stoppée par la rencontre en pleine vitesse d'un tronc d'arbre ou d'un pilier (je vous dis tout de suite, pour fixer l'intensité du dommage, que cela correspond en énergie et en fracas à la chute de ce véhicule de 22 mètres de haut.)

Dès l'instant du stop, trois mécanismes contemporains vont s'acharner sur le conducteur (ou les passagers).

a) C'est d'abord, par un mécanisme de catapulte, à 75 kmh vers l'avant, que l'homme va se plaquer contre la carrosserie, le volant, le pare-brise, le rétroviseur, le tableau de bord, l'antivol ... en bref, contre tous les éléments de l'habitacle qui hérissent ses parois internes et que nous appelons les "environnements hostiles".

A chacun de ces multiples points d'impact-là, le corps de l'homme subit des dommages directs : des ecchymoses, des plaies, des enfoncements, des déchirures, des entorses, des fractures ou des luxations. Tous ces dégâts-là sont visibles de l'extérieur : les uns parce qu'ils saignent, d'autres parce qu'ils s'impriment sur la peau, d'autres enfin parce qu'ils déforment la face ou les membres. Mais ces dommages-là, même s'ils sont très spectaculaires, ne sont habituellement pas les plus immédiatement dangereux pour la vie, surtout si on a pu stopper aussitôt les hémorragies menaçantes.

b) A l'inverse de ces premiers dommages, qui sont le résultat d'impacts directs, les dégâts produits par le second mécanisme pathologique sont d'origine indirecte. Ici, ce second mécanisme plient brutalement l'homme entraîné en avant (ou en arrière) par le poids de sa pesante tête : sous ce brutal mouvement la colonne vertébrale au cou (surtout) mais aussi au dos et parfois aux lombes, se disloque, s'entorse, et même se brise ou se laxe. Mais ces dégâts ne sont pas immédiatement visibles : ils sont cachés, clandestins. Leur danger vient de la façon dont la moelle épinière (quippasse à 1 ou 2 cm de la lésion vertébrale) va accepter le dommage voisin, c'est à dire arrêter ou poursuivre sa fonction. Et ce danger se maintient, constant, pendant toutes les manœuvres de mobilisation de la victime, manœuvres inévitables pour dégager le blessé, l'installer sur brancard, le transporter à l'hôpital, en salle d'examen, au poste de radiologie, en salle d'opération et finalement dans son lit, où même là encore, les mobilisations imposées par le "nursing" ne sont pas toujours sans danger.

.../...

Mais c'est indiscutablement le 3ème mécanisme pathologique qui est le beaucoup le plus nocif et le plus inquiétant? C'est lui qui est le responsable n° 1 de l'état précaire des survivants, quand ce n'est pas des morts rapides des premiers quart d'heure : il s'agit, ici encore, d'un mécanisme qui agit par impacts indirects et par impacts gravement offenseurs des viscères essentiels à la vie.

Ce mécanisme là est en effet provocateur de projection, à l'intérieur des cavités qui les enferment, de ces viscères essentiellement nobles et fragiles. Ces viscères-là, toujours plus ou moins mobiles dans leurs cavités sont animés de la même vitesse qu'avaient la voiture et l'homme et c'est à 75 Km/h (dans l'exemple que nous avons pris) qu'ils sont projetés contre leurs parois d'enveloppe : c'est le cas du cerveau dans le crâne osseux, du coeur dans la cage thoracique, du foie et de la rate dans la cavité abdominale. Non seulement ces viscères-là s'abiment en heurtant les parois, mais encore ils tirent sur les vaisseaux et sur les ligaments qui normalement les suspendent, et cela (par le biais de déchirures ou d'éclatement) est à l'origine d'hémorragies internes péri-ou intra-viscérales.

Mais ici, encore, rien n'est visible de l'extérieur, aussi ces lésions viscérales, particulièrement graves et vite mortelles, restent-elles cachées aux témoins, aux observateurs immédiats observateurs qui restent sous la dramatique impression de spectaculaires lésions externes : des broiements, des fractures, des saignements, toutes choses qui, malgré leur caractère évident d'atrocité, sont infiniment moins dangereuses cependant que ces dommages clandestins viscéraux, responsables essentiels des survivants ou des trépas rapides en bord de route. Et cela nous éloigne des traditionnels et classiques blessés de la vie courante.

C'est pourquoi il est crucial d'insister sur les dégâts viscéraux des polytraumatisés de la route et, en particulier, sur ceux de ces dégâts qui sont à la fois les plus fréquents et les plus graves, je veux dire ceux qui altèrent les fonctions cérébrales les fonctions nerveuses de la moelle épinière et les fonctions cardio-respiratoires.

*

* *

Il est crucial d'insister sur le fait que ce sont ces dommages là qui tuent ; et ils tuent parce qu'ils entraînent d'immédiats états de détresse, de détresse des grandes fonctions vitales ; dans ces états-là, la détresse prédominante est la détresse respiratoire ; c'est elle qui aggrave et qui tue les comateux ; c'est elle qui aggrave et qui tue le grand blessé du thorax ; c'est elle qui aggrave et qui tue le collabé vasculaire.

Cette progressive dette en oxygène (que quelques gestes heureux précis et simples peuvent arrêter ou améliorer) est la cause de 9 sur 10 morts en

.../...

bord de route et au cours de ramassage ; les polytraumatisés meurent, au cours de ces séquences-là, beaucoup plus souvent d'asphyxie que de leurs plaies

Cette notion qui est venue bouleverser tout l'enseignement du prompt-secourisme traditionnel, doit désormais entrer dans la doctrine des soins et secours immédiats, spéciaux et "hors série" à apporter aux polytraumatisés de la route, victimes également "hors série et spéciales".

*

* *

4° Très spéciaux sont, en effet, ces polytraumatisés, observés dès la fin du fracas, enfouis au milieu des tôles enchevêtrées, enclous dans des carrosseries déformées ou bien projetées au loin par la force énergétique initiale. Les victimes, mal survivantes, en imminence de mort, sont alors un combiné de dégâts cutanés, musculaires et osseux, déformants et saignants, dégâts dominés par cette immense détresse dont nous avons parlé et qui frappe leur système vital : détresse respiratoire avec gêne anhelante, paleur violacée ou lilas du visage, des lèvres et des ongles qui signe une anoxie qui s'installe, détresse circulatoire avec collapsus des pouls à peine et même très mal perceptibles (même aux carotides), lipothymie et parfois syncope simulant le trépas ; détresse neuro-végétative enfin avec perte de connaissance, souvent coma et parfois même état de mort apparente.

5°) Aussi bien, face à de tels tableaux, le bilan initial, là en bord de la route, procède d'une discipline d'esprit qui n'a absolument rien à voir avec un diagnostic usant des procédés cliniques habituels et classiques.

Le seul but, à cet instant du prompt-secours, c'est l'éviction du danger vital et immédiat, en démasquant vite et même aussitôt les détresses, en évitant surtout de les aggraver et en corrigeant (si possible sur le champ) la détresse respiratoire, celle qui tue le plus vite et qui est cependant la plus aisément corrigible. Tout cela doit être fait sans se préoccuper de porter un diagnostic précis des lésions responsables de ces détresses.

|| ** Toute l'action découle de cela : elle consiste à maintenir coûte que coûte un difficile équilibre cardio-respiratoire, équilibre qui est indispensable pour assurer l'ultime espoir de survie des centres de la vie automatique, de cette survie neuro-végétative, c'est-à-dire, de la survie du système le plus susceptible aux moindres dettes en oxygène.

*

* *

Pour ne pas allonger ce propos, je n'insisterai pas ici sur ces actions secourantes. Mais je tiens cependant à souligner énergiquement le fait

.../...

que toutes les actions de sauvegarde de ces polytraumatisés, après le contrôle de quelque saignement dangereux (saignement qui est très rarement abondant chez les polytraumatisés de la route) et après assistance respiratoire efficace et quasi permanente des victimes, passent par un secourisme de haute qualité. C'est cela qui permet essentiellement d'éviter le pire, c'est à dire la détérioration des états initiaux et surtout la vie végétative et automatique restante.

Selon la haute qualité des premières mains secourantes, manipulantes et déplaçantes, il n'est plus d'espérance. C'est essentiellement la perfection, l'habileté, la douceur et la qualité de ces manoeuvres, obligatoirement imposées par le dégagement, le déplacement, l'emballage, le brancardage et le transport des polytraumatisés qui constituent les plus efficaces secours. Mais tout cela, qui exige la perfection, ne s'accomode pas d'improvisation. La manoeuvre d'un tel polytraumatisé est très délicate. Cela est toute une science et qui doit s'apprendre ; cela est un ensemble technique qui doit être respecté ; cela dépend d'une pratique d'équipes, de "commandos" régulièrement instruits et entraînés dans leur forme définitive et cela livrés à l'assemblage forfuit de ces "tours de garde" et de ces "tours de rôle" qui cassent et annulent toute équipe cohérente et soudée.

Cette science du prompt-secours, ce sauvegarder de la survie précaire du polytraumatisé de la route, science qui commande à la technique de toutes les successives manipulations (depuis le bord de route, jusqu'au lit d'hôpital) est capitale pour l'avenir. Elle a des règles bien établies, mais hélas si rarement connues et enseignées aux infirmiers et aux soignants qu'elles sont violées par ignorance. Et c'est peut-être là le fait le plus précis qui signe la méconnaissance persistante du polytraumatisé de la route même dans les maisons dites "de soins".

7) Cette science là (et la doctrine qui en découle) est basée sur la constatation formelle que les dégâts les plus graves, les plus immédiatement mortels du polytraumatisé, sont toujours situés dans les zones axiales et hautes du corps, dans le complexe crâne-cou-buste-tronc qui contient les zones, les viscères, les organes les plus explosifs, les plus fragiles de l'économie et cependant les plus responsables de leur survie. C'est donc de ce complexe axial et haut, complexe d'une immense fragilité, que dépendent l'avenir vital du polytraumatisé, la sauvegarde ou la détérioration de son état, l'apaisement ou l'entretien des détresses ou surtout, la survenue et l'aggravation du choc, ce fameux choc traumatique qui, superposé aux détresses initiales, est le grand responsable des trépas du premier et même du second jour. Et cela explique la valeur décisive des premiers actes de main pour la survie ou pour le trépas du polytraumatisé.

*

* *

Tel est (ou du moins tel est, selon nos connaissances de l'heure) le polytraumatisé grave de la route. Il est bien certain que ce très original et surprenant produit d'une traumatologie-nouvelle en notre fin de siècle,

.../...

provoque une certaine inquiétude dans le monde secouriste médical, chirurgical, animateur et hospitalier. Ce style de blessés nous a surpris dès leur survenue.

Le rapide accroissement en nombre de ces victimes-là n'a pas tardé à déborder nos méthodes classiques de secours et de soins et à faire éclater les structures traditionnelles de services hospitaliers dépassés par la gravité et par la complexité de victimes.

Il est bien certain qu'aux réussites éclatantes, localisées en certains centres, d'hommes qui ont pris une conscience totale du "polytraumatisé de la route", qui succèdera un jour le stade définitif de la véritable "institution de ces secours et de ces soins "hors série" qu'attendent encore les polytraumatisés. Ce jour-là seulement, l'organisation sera totale et vraiment nationale. Souhaitons pour les blessés qu'elle n'ait pas déjà pris trop de retard ; souhaitons qu'elle ait prévu de s'organiser aux dimensions réelles des drames et qu'elle puisse ainsi faire face à l'hécatombe routière de demain, hécatombe pour qui les plus précis de nos augures et planificateurs prévoient qu'en 1970, elle fera en FRANCE 35 000 morts, nombre fabuleux (et à peine pensable) si on songe qu'en 1966 la mortalité atteignait le nombre de 12 000 ! J'ose à peine dire "seulement 12 000". Sous ces souhaits, se dessine l'énorme effort qui reste à faire.

*

* *

Aussi, permettez qu'à titre de conclusion très générale, je livre à vos pensées cette amère, cette très amère phrase de B.Schaw, phrase qui me paraît ici tout à fait de circonstance :

"L'HOMME SERAIT DEPUIS LONGTEMPS HEUREUX, SI TOUT LE TEMPS QU'IL PASSE A REPARER SES BETISES, IL L'AVAIT EMPLOYE A NE LES POINT COMMETTRE".

Conférence 2-1^{er} Arnaud lors d'une réunion internationale en ?

Roland MÉZY

CAPITAINE HONORAIRE * *

*1967
ou 68 ?*

*Bravo pour votre intervention
app. notre Maître Col^{1^{er}} M. Arnaud
continuer*

Durant l'été 1968*, la revue « La santé de l'homme » consacrait son n° 157 aux « accidents de la route et secours médicaux d'urgence ».

Dans ce tome IV, nous aurons la première partie, jusqu'à la page 20 (le reste sera inséré dans le tome V).

On y retrouve René COIRIER qui, au sein d'un « bureau des secours d'urgence » au ministère de la santé (où j'avais pu le rencontrer – entretiens qui seront relatés dans le mémoire (sur les 5 gestes qui sauvent) consacré au ministère de la Santé - (10^{ème} mémoire : ministère des Transports, 11^{ème} mémoire : ministère de l'Intérieur et CNS, 12^{ème} mémoire : ministère de la Santé – à venir).

Un hommage lui est rendu par le Médecin Général DEBENETTI (alors Président de la Croix Rouge), en ce qui concerne la préparation (et l'essentiel de la rédaction) des textes sur les secours médicaux d'urgence (services d'urgence des hôpitaux, SMUR puis SAMU).

Louis SERRE m'avait rappelé ses rendez-vous au ministère de l'avenue de Ségur avec le Professeur ARNAUD (et René COIRIER).

René COIRIER évoque les « 4 gestes pour une vie » de la CRF (qu'il transforme en « qui sauvent »). Il parlait déjà du rôle de l'école dans cette éducation au secourisme. Mais 38 ans plus tard il est toujours marginal !

Dans son renvoi (3), page 8, René COIRIER cite bien en premier Montpellier. Lieu du premier SAMU.

Il donne précisément (sa) définition du SAMU de demain, celui que nous côtoyons désormais. On retrouvera dans ses références bibliographiques des articles de Marcel ARNAUD, de 1961, dans la revue de l'ACMF et de 1964 dans « La santé de l'homme ».

Mais aussi de Paul BOURRET, Maurice CARA, Pierre JOLIS, de Alain LARCAN ou du Général GENAUD.

On lira, le vœu exprimé, page 16, suite au congrès international de la Police de la circulation (1965) pour « l'instruction de la population – une interrogation sur le secourisme à l'examen du permis de conduire ».

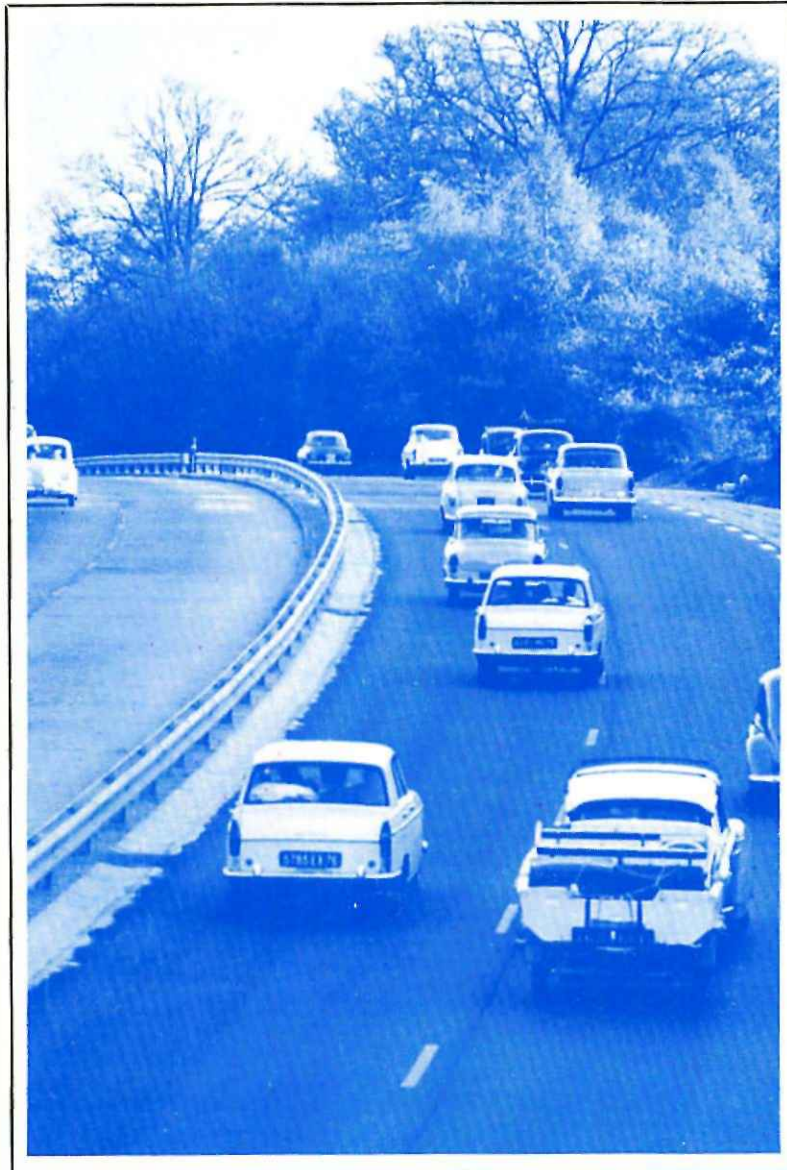
La page 20, avec le texte du Docteur NOVIANT, nous représente le problème de la chute de la langue en arrière de la gorge chez le sujet inconscient, base de la LVA, manœuvre essentielle qui devrait être connue de tous nos concitoyens car elle permet de sauver une vie en relançant la ventilation – si on agit rapidement – ce qui évite de mettre en route une ventilation artificielle.

* J'étais alors à la BSPP et je venais d'obtenir mon monitorat national de Secourisme lors d'un examen à la Préfecture de Police de Paris où je pénétrais pour la première fois, par la cour d'honneur si chargée « d'histoire ».

15 JUIL. 1970

E. S. P. C.
Section de Wasquehal
et de Valenciennes d'Ascq
5, Rue Dejarue
59 - WASQUEHAL

La Santé de l'homme



2 F
N° 157
JUILLET-AOUT 1968

ACCIDENTS DE LA ROUTE ET SECOURS MÉDICAUX D'URGENCE

MATERIEL ET REANIMATION D'URGENCE	20
LA FORMATION DE L'AMBULANCIER	28
PSYCHOTROPES ET HYGIENE ROUTIERE	34
LES SECOURS MEDICAUX D'URGENCE EN UNION SOVIETIQUE	39



Préface
par le Médecin Général Debenetti

2 39

Les secours médicaux d'urgence
en U.R.S.S.

Le présent et l'avenir
des secours médicaux d'urgence
par R. Coirier

4 40

Mieux vaut prévenir
par le Dr X. Leclainche

Matériel et réanimation d'urgence
par Y. Noviant

20 42

Chroniques d'actualité
Le Canton de Mortagne :
3^e pilote de prévention

La formation des ambulanciers
par R. Coirier

28 44

Chroniques régionales :
Centre d'éducation sanitaire et
social de Nice
Nantes : les aspects médicaux
des secours aux blessés de la route

Psychotropes et hygiène routière
par le Dr Jean-F. Mabileau

54 47

Bibliographie
Informations

Photo couverture
Copyright by Rapho



Coïncidence... Dans le même temps, « Vie et Bonté », l'organe officiel de la Croix-Rouge Française et « La Santé de l'Homme », consacrent leurs publications aux soins d'urgence, notamment aux victimes des accidents de la route. Cette coïncidence témoignerait, s'il en était besoin, de l'acuité d'un problème dont la solution hante tous ceux que préoccupe la sauvegarde de l'homme. J'aurais dû, normalement, consacrer cet éditorial à « Vie et Bonté ». Mais j'ai sacrifié à l'honneur que me

proposait une revue dont j'ai pu apprécier la haute tenue et la constante utilité...

Aussi bien, tout a été dit et écrit sur ce sujet à la tribune des Sociétés savantes et dans la Presse. Pourtant, certains aspects de la question n'ont peut-être pas été mis suffisamment en lumière. C'est pourquoi, il m'est agréable de féliciter la rédaction de ce journal d'avoir inscrit à l'ordre du jour un sujet qui concerne autant les Français que les visiteurs étrangers qui sillonnent les routes de France.

J'adresse ensuite mes vifs compliments aux auteurs des différents articles qui composent ce numéro. Qu'il s'agisse de l'excellent exposé de Madame le Docteur Y. Noviant, anesthésiologiste des Hôpitaux de Paris, sur la réanimation d'urgence et sur le matériel qu'elle requiert. Qu'il s'agisse du Docteur Jean Mabileau, Inspecteur Général de la Santé, ancien Président de la Commission des stupéfiants des Nations-Unies, qui, avec une compétence indiscutée, traite des dangers que comporte pour



(Copyright by Rapho - Photo Cicionné)

l'automobiliste l'usage de substances psychotropes.

Si je n'ai pas encore cité Monsieur R. Coirier, Chef du Bureau des secours d'urgence au Ministère des Affaires Sociales, dont deux articles très remarquables occupent une large place dans ce numéro, c'est que je me réservais de lui décerner un éloge particulier. Homme de cœur et homme d'action, il s'attaque aux problèmes humains qui s'offrent à sa compétence avec une intelligence exceptionnelle. C'est à sa ténacité que sont dûs

les textes relatifs aux secours médicaux d'urgence. Il était donc de tout intérêt qu'il consacrat un mémoire exhaustif à cette question capitale. Le Président de la Croix-Rouge lui sait gré d'avoir mis en évidence le rôle d'une Association à qui M. Coirier porte un constant et bienveillant intérêt. Quant à la fonction de l'« Ambulancier », qui constitue le thème de son second article, elle ne consiste pas à « transporter » blessés ou malades, mais à procéder à leur « évacuation »,

c'est-à-dire à une opération technique qui exige, de la part de ceux qui en ont la charge, une pleine conscience de leur responsabilité.

Cet ensemble d'articles dû à des auteurs à compétence aussi variée qu'indiscutable constitue une « somme » que « La Santé de l'Homme » a eu le grand mérite de publier pour le plus grand bénéfice de ses lecteurs : qu'elle en soit louée.

R. D.

2643

A LA MEMOIRE DE M. LETOURNEUR-HUGON
DIRECTEUR DU COMITE NATIONAL DU SECOURS ROUTIER FRANÇAIS
RECEMMENT DECEDE.

LE PRÉSENT ET L'AVENIR DES SECOURS MÉDICAUX D'URGENCE

En permanence, l'accident de la route règne en maître sur la conscience du public. Il est spectaculaire et menace tout le monde, contrairement aux accidents du travail ; il croît en nombre avec régularité, et il présente la singularité d'offrir les difficultés les plus grandes et les plus apparentes en ce qui concerne les secours aux victimes. Mais la vision des seuls accidents de la route ne suffit pas à donner une image complète des phénomènes qui nous intéressent ici, et il arrive quelquefois que la presse écrite, parlée et télévisée s'empare de faits malheureux qui mettent en évidence l'existence d'un problème dont l'ampleur était à peine soupçonnée il y a une dizaine d'années.

Certains médecins emploient l'expression "état de détresse" pour caractériser la situation d'un malade qui, sous peine de perdre la vie, a besoin que l'on s'occupe de lui sans retard. Il y a en effet des personnes en perdition, comme des navires, des personnes dont la vie est menacée, ou le bon état physique compromis à jamais si elles n'obtiennent un secours prompt et avisé.

Les mots et expressions "secourisme", "secours d'urgence", "réanimation", "bouche à bouche" sont devenus en quelques années d'usage courant, et dans toutes les langues,

ils ont leurs homologues. Sans doute, les Français connaissent depuis longtemps "le sauvetage", mais ce mot reste peut-être lié, dans une certaine mesure, aux exploits des marins et des sportifs assez forts et assez courageux pour tirer d'affaire les nageurs en perdition, au large des plages de la belle époque. Le mot secourisme désigne maintenant l'ensemble des gestes à accomplir pour sauver quelqu'un, y compris les gestes à effectuer sur la personne même, qui sont des gestes médicaux.

Mais je considère pour ma part que le vocabulaire utilisé par les journalistes, les administrations, le public en général, dans le domaine qui nous préoccupe ici, est encore très imprécis, ce qui est peut-être le signe le plus sûr que la situation actuelle est transitoire.

Ce qui a été fait depuis une dizaine d'années est certes considérable, mais ce qui reste à faire est peut-être l'essentiel. La somme des mesures prises n'a nullement abouti à créer une organisation des secours médicaux d'urgence.

La situation actuelle est caractérisée par l'extrême diversité des personnes morales ou physiques, qui concourent, par leur activité, à titre principal mais le plus souvent, accessoirement à d'autres activités, à dénouer des situations de détresse dans lesquelles se trouve placé tel ou tel malade ou blessé.

Ces personnes disposent quelquefois de moyens importants. Mais les liens qui les unissent dans l'action, et dans la pensée, sont lâches, voire inexistantes.

Ce qui pourrait être fait pour remédier à cette situation sera examiné dans la deuxième partie de cet article ; mais auparavant, dans une première partie, il me semble nécessaire de faire le point de la situation, telle qu'elle se présente aux différents niveaux de l'organisation sociale et administrative, où elle peut être saisie.

A tous les niveaux de l'organisation, c'est la présence du médecin, qui est la clef des problèmes posés à chacun de ces niveaux, étant entendu que ce médecin doit intervenir à temps, et qu'il doit être doté des moyens nécessaires à son art.

*L'accident de la route
règne en maître
sur la conscience du public
(Copyright by Rapho)*



LE PRÉSENT

A. - Les différents niveaux des secours médicaux d'urgence ⁽¹⁾

→ Premier niveau : la population elle-même

Il s'agit en effet de la population elle-même, considérée dans ses différentes manières d'être, ou ses différentes activités, dans les lieux divers où elle se trouve, à la maison, à l'usine, aux champs, sur la route, etc...

C'est dans cette population qu'éclatent sans cesse les états de détresse qui demandent que des mesures soient prises rapidement, et ici apparaît la responsabilité des individus qui la composent.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, de grands efforts sont faits pour expliquer au plus grand nombre la conduite que chacun doit avoir dans telle ou telle circonstance. On explique que de la rapidité avec laquelle la personne la plus proche d'un électrisé effectuera certains gestes, et de la précision avec laquelle ces gestes seront effectués, dépendent ses chances de « ressuscitation ».

Il est hors de doute que ces efforts d'éducation portent de nombreux fruits. On a vu certaines mères de famille réanimer leur enfant par le bouche à bouche, et il est probable que le public sait mieux qu'autrefois ce qu'il a à faire sur les lieux de l'accident. Mais il est tout aussi certain que cet enseignement devrait être distribué à l'école, et chaque élève devrait être, à partir de 11-12 ans, pénétré, tout autant que de la date de la bataille de Marignan, des « Quatre gestes qui sauvent » de la Croix-Rouge Française : protéger, réanimer, arrêter une hémorragie, alerter les autorités.

Bien entendu, il serait souhaitable que dans la foule, dans la population, se trouve un nombre élevé de personnes ayant reçu un enseignement plus poussé du secourisme. Et il est vrai que cet enseignement s'est beaucoup développé, puisque, à elle seule, la Croix-Rouge Française a formé 767 000 secouristes depuis 1942. Théoriquement, l'accroissement du nombre de ces secouristes devrait pouvoir faire, dans les temps à venir, qu'un secouriste au

(1) Voir annexe I.

moins soit toujours présent sur les lieux d'un accident. En réalité, cette vue est optimiste : il faudrait, tout d'abord, modifier radicalement les méthodes de formation actuelles, et même à ce niveau faire appel à l'Education Nationale; d'autre part, le savoir du secouriste a besoin d'être entretenu pour garder sa valeur. Le secouriste est un peu dans la situation du sportif, qui doit s'entraîner constamment. Contrairement, en effet, aux personnes dont le métier est de soigner, le secouriste n'aura que très rarement l'occasion d'exercer son art dans la réalité.

A moins, bien sûr, qu'il ne soit « embrigadé » dans une organisation précise qui prendra soin de le « recycler » : s'il est membre d'une équipe active, ou secouriste du travail dans une usine, où la protection du travailleur est particulièrement bien organisée.

C'est pourquoi l'enseignement du secourisme, qui est une nécessité, mais qu'il est dangereux de faire apparaître comme la clef de tous les problèmes de l'urgence, doit plutôt être considéré comme l'une des parties de l'éducation que tout citoyen devrait recevoir en ce qui concerne la protection de la vie.

Comme le secourisme, l'éducation sanitaire s'est développée depuis quelques décades dans la plupart des pays du monde, en bénéficiant des techniques modernes de diffusion de la pensée. L'éducation sanitaire poursuit des objectifs très vastes, et variés; elle inclut naturellement dans ses programmes la prévention des maladies et celle des accidents, et les mesures à prendre en présence d'états de détresse. Elle voudrait intéresser la population entière à ses objectifs, jamais atteints.

L'éducation sanitaire, qui voisine avec l'information sanitaire, voire, ce qui pourrait être appelé la « propagande sanitaire », est à la fois preuve et facteur de civilisation.

L'un de ses thèmes importants doit être : « Quand appeler le médecin ? ». Appeler le médecin à bon escient n'est pas si simple en effet. Et c'est pourquoi certaines maladies, qui auraient pu être bénignes, s'aggravent brusquement ; ainsi naissent des situations de détresse, où l'on voit des familles affolées lancer des appels tardifs et pressants à des médecins indisponibles sur le champ.

Mais le médecin n'est pas le seul personnage qui soit appelé dans des situations où l'on voit des individus en détresse. En cas d'accident, il faut secourir une personne qui se trouve sur

une route, dans une usine, un lieu de sport, et non pas dans son lit. Il faudra peut-être, dans les minutes qui suivent, la dégager des débris d'une voiture ou d'une maison, la tirer d'un lieu dangereux, puis la transporter allongée, ce qui implique des moyens de sauvetage et de transport, c'est-à-dire l'appel à des organismes spécialisés qui doivent être mis à la disposition de la population.

Deuxième niveau : le secteur de secours d'urgence

C'est le premier niveau de l'organisation (1), auquel se tiennent les organismes, ou les personnes chargées des prompts secours. Ceux-ci devraient toujours être distribués à l'intérieur de chaque secteur, par trois services qui devraient être plus nettement qu'ils ne le sont, séparés dans leurs missions, mais qui resteront toujours inséparables dans l'action.

Il s'agit tout d'abord de la police, en tout pays l'une des plus vieilles organisations, et sûrement l'une des mieux préparées à ses tâches essentielles, la sécurité des personnes, leur protection, l'ordre public. La police est constamment impliquée dans des actions de secours. En France, notamment, l'exemple parisien nous montre que la police agit très souvent en qualité d'auxiliaire des administrations sanitaires et sociales. Corps discipliné, fortement hiérarchisé, la police dispose de moyens puissants. Chacun sait que les fonctionnaires de la Sûreté Nationale œuvrent dans les villes, alors que les gendarmes, qui sont des militaires mis à la disposition du Ministère de l'Intérieur par celui des Armées, œuvrent dans les campagnes.

Les risques qu'engendre désormais notre manière de vivre, sur la route, sur les plages, dans les montagnes, ont augmenté l'importance de la police en ce qui concerne la prévention des accidents et parfois, le secours aux victimes.

Les unités de police et de gendarmerie sont réparties sur notre territoire d'une manière égale et rationnelle. Elles jouent un rôle capital dans l'organisation des secours aux accidentés de la route, puisque les circulaires

(1) La présentation que je fais de ce secteur est quelque peu idéale. Actuellement, c'est une commune, ou un groupe de communes, ou une partie de commune, qui constitue un secteur de secours d'urgence.

ministérielles en vigueur donnent à la police (ou à la gendarmerie) la mission de recevoir l'alerte. Ces unités assurent très souvent les secours eux-mêmes, y compris le transport vers l'hôpital, ce qui constitue pour elles une tâche très lourde. Mais police et gendarmerie n'assument ce rôle d'ambulancier que faute d'une autre organisation (1).

Il s'agit ensuite des sapeurs-pompiers, qui ont pris depuis une dizaine d'années une importance considérable dans la distribution des secours aux personnes. Depuis toujours voués aux secours aux asphyxiés, ils se sont tournés, sous l'impulsion du Service National de la Protection Civile, vers le secours aux traumatisés.

Autant que la police, ils ont le sens des actions urgentes, et une connaissance sans pareille du terrain à contrôler. Dans beaucoup de villes, ils sont exemplaires par leur rapidité, les qualités de secouristes dont ils font preuve, l'excellence de leur organisation.

Mais celle-ci n'est pas homogène dans ses structures, si l'on considère la France entière : certains corps sont militarisés, tel le fameux Régiment de Paris, depuis peu Brigade; d'autres corps sont professionnels, et il s'agit alors de fonctionnaires communaux; mais la grande masse des sapeurs-pompiers est composée de volontaires.

Sans doute, les sapeurs-pompiers, quelle que soit leur appartenance, font preuve d'un égal dévouement, et d'une égale promptitude dans l'action.

Tous sont assurément excellents, voire parfaits en ce qui regarde les secours aux biens, la lutte contre l'incendie, les tâches matérielles de désincarcération, les missions de sauvetage, etc... Au regard des problèmes de l'urgence médico-chirurgicale, il faut sans doute, à mon avis, faire quelques réserves.

En effet, ces tâches demandent une instruction que n'a pas le sapeur-pompier, sauf exception : son « profil », pour parler le jargon de notre temps, a été calculé en fonction de ses tâches principales de sauvetage et d'extinction des incendies. Le Brevet National de Secourisme ne comporte que 20 heures de cours. Certes, il pourrait en être autrement. J'ai visité l'été dernier le magnifique corps de sapeurs-pompiers

de la ville de Malmö (200 000 habitants, Suède). Une fraction des hommes est organisée en corps secouristes. Ces hommes sont spécialisés dans les secours aux personnes, notamment les urgences de la rue. Ils reçoivent une instruction de 70 heures (1), que leur commandant estime pourtant insuffisante. Mais il me semble que, pousser encore davantage l'instruction des sapeurs-pompiers dans le domaine paramédical, fera qu'ils se confondront obligatoirement, à la limite, avec des infirmiers.

Une telle perspective ne peut être considérée qu'avec prudence. En effet, police et sapeurs-pompiers ne font actuellement, dans leur action secouriste, que tenir la place d'un autre service qui commence justement à s'organiser, et qui pourrait être un jour une sorte de *service de santé d'urgence*, capable de faire face à toutes les urgences, et non plus seulement à celles de la rue. La mise en place des moyens mobiles hospitaliers de secours, en application du décret du 2 décembre 1965 (2), préfigure un tel service. L'organisation de ces moyens doit être facilitée, et non pas contrariée par le développement inconsidéré d'autres systèmes moins prometteurs.

En dehors des quelques unités mobiles hospitalières (3), existe-t-il aujourd'hui d'autres formes de service médical d'urgence ? Bien sûr, un médecin, à lui tout seul, est capable de résoudre une infinité de cas d'urgence, de poser un diagnostic, d'effectuer des gestes thérapeutiques, d'appeler une ambulance, de retenir un lit dans un hôpital ou une clinique, etc... Mais aux heures ouvrables ce médecin n'est pas toujours disponible à l'instant, et la garde n'est pas partout organisée, à partir de 20 h. : l'expérience le prouve.

Un jour viendra, peut-être, qui verra une garde organisée partout, et qui verra aussi ce médecin de garde disposer systématiquement d'une ambulance.

Ainsi les secteurs de secours d'urgence devraient être tenus par trois services :

- (1) Plus un stage hospitalier de 5 semaines.
- (2) Ce décret oblige 234 hôpitaux à se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, comportant une ambulance à bord de laquelle se trouve, au moins, outre le chauffeur secouriste, une infirmière.
- (3) Peuvent être considérés, parmi les seuls C.H.U., comme répondant actuellement aux normes du décret : Montpellier, Dijon, Nancy, et à la rigueur, Strasbourg. Mais 1968 verra sans doute s'organiser les moyens mobiles de Marseille et Toulouse, peut-être Bordeaux et Rouen.

la police, les sapeurs-pompiers, le service de santé, chacun agissant selon ce qui le concerne.

Mais à l'heure actuelle, dans notre pays, la situation est complexe, comme je l'ai dit plus haut. Un certain ordre a été instauré par la circulaire du 1^{er} juillet 1959 qui a créé les secteurs dits ambulanciers. Ces secteurs se confondent parfois avec les secteurs de lutte contre l'incendie, et les sapeurs-pompiers en sont alors la cheville ouvrière. Ailleurs, ce sont les ambulanciers privés qui dominent, mais la police — ou la gendarmerie — est naturellement partout représentée de la même façon. Du point de vue juridique médical, les seuls secteurs qui soient organisés réellement d'une manière rationnelle, sont les secteurs tenus par les unités mobiles hospitalières, comme Salon-de-Provence, Montpellier et Bayonne, bien que beaucoup reste à y faire, notamment dans le domaine de la coopération entre la médecine publique et la médecine privée (1).

Troisième niveau le secteur hospitalier d'urgence

Le secteur hospitalier d'urgence groupe plusieurs secteurs de secours d'urgence. Sa capitale est un hôpital capable au minimum d'assurer la survie des malades ou blessés qui lui sont confiés, et d'assurer couramment le traitement des cas simples.

Cet hôpital, vers lequel convergent les malades et blessés, a fait l'objet des études les plus approfondies, de la part de l'administration sanitaire et

- (1) En somme ce qui manque actuellement à ce niveau, c'est une définition claire, et d'application générale, des missions de chaque service.
- (2) Circulaire du 13 août 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux. Elle définit ainsi la valise : « Élément de base qui permet d'empêcher une vie de s'éteindre (libération de l'oro-pharynx, respiration artificielle, arrêt d'une grave hémorragie, massage cardiaque externe) ». Quant au chariot de réanimation, il s'agit d'un meuble roulant comportant des matériels lourds et plus encombrants que ceux de la valise (matériel complet d'intubation, matériel complet de transfusion, un ou deux respirateurs légers, un électro-cardiographe, un défibrillateur, un pace-maker. La circulaire précise enfin : « Dans certains établissements, il y aura intérêt à compléter ce matériel par un ou deux respirateurs lourds. Dans ce cas, une chambre de réanimation sera aménagée dans un service, de préférence dans le service des urgences ».

(1) Voir en annexe II, les actes du V^e Congrès international de la police de la circulation. Comportement du policier à l'égard des victimes des accidents corporels, du point de vue légal, médical et humanitaire.



de groupes
de médecins; l'objet
aussi de nombreux rap-
ports, à l'occasion des congrès
spécialisés, et de publications
diverses.

Du point de vue administratif, il appa-
raît avec netteté, bien qu'avec modestie,
dans la circulaire du 1^{er} juillet 1959,
déjà citée, qui instaure une procédure
d'agrément : un hôpital peut être habi-
lité à recevoir des accidentés de la
route dès lors qu'il possède un
service de chirurgie, des moyens
de réanimation, et qu'il est en
mesure d'instituer un service
de garde. Tous nos hôpitaux
sont dans les sous-préfectures
et les
préfectures

sont des hôpitaux d'urgence.

Il est également question de cet hôpital
d'urgence dans la circulaire du 13 août
1965, qui prévoit à son intention, des
valises de réanimation, des chariots et
des chambres de réanimation (2).

En fait, les blessés ou les malades
continuent souvent d'être répartis selon
des habitudes très anciennes, et disons,
très locales, dans une même ville, entre
plusieurs établissements. Mais à cette
relative abondance urbaine, il faut op-
poser une certaine pauvreté de nos
campagnes.

De l'enquête effectuée en 1965, il res-
sort que beaucoup d'hôpitaux n'ont
qu'un seul chirurgien, et que dans les
petits établissements, l'anesthésie est
rarement administrée par des médecins
anesthésistes-réanimateurs. Ces petits
hôpitaux, généralement éloignés les
uns des autres, et éloignés plus encore
des grands C.H.U., ne peuvent être
supprimés d'un seul trait. Des zones

très étendues seraient alors laissées sans secours chirurgical. Il faut ajouter que la situation, même avec un seul chirurgien, est meilleure quand celui-ci est plein temps. Mais elle n'est pas parfaite, parce que ce praticien a droit au repos, aux congés, etc...

Interdire aux plus petits des hôpitaux publics jugés par certains insuffisamment équipés, de recevoir les accidentés reviendrait donc à augmenter les distances entre chacun d'eux : cela paraît dangereux dans l'état actuel des transports sanitaires, trop peu sûrs. D'autre part, une clinique privée, guère mieux équipée, se substituerait rapidement à l'hôpital public défaillant.

Au niveau du petit hôpital, les problèmes d'urgence accentuent vivement les défauts de notre système hospitalier. Les grandes migrations des week-ends et des vacances se traduisent par des centaines de blessés, qui sont accueillis, loin de chez eux et de leur médecin de famille, dans des établissements qui ne peuvent être qu'à la mesure des ressources locales.

A mon sens, le remède ne peut consister que dans une évolution générale des hôpitaux vers leur intégration partielle ou totale dans un système qui, les dépassant, serait capable de leur fournir des moyens financiers, techniques et intellectuels qui leur font actuellement trop souvent défaut. Un tel système pourrait avoir comme cadre le département et la région. Il magnifierait notre réseau hospitalier (1) en en corrigeant les défauts.

Cela dit, la situation actuelle est certainement très supérieure à celle qu'elle était il y a dix ans, parce que les plans d'équipement ont permis de consacrer des sommes importantes à l'agrandissement ou à la rénovation de vieux établissements, et à la construction de nouveaux.

Du point de vue de l'urgence, l'apparition des médecins plein temps, chirurgiens ou anesthésistes-réanimateurs, constitue une amélioration certaine. Beaucoup d'établissements, depuis 1965, ont bénéficié de subventions de l'Etat pour l'achat de matériel de réanimation, d'ambulances, l'installation de

(1) Il pourrait s'agir d'une sorte de groupement des établissements, qui s'amorce en fait sur des points particuliers (mise en commun de machines comptables, achats en commun, etc...). Mais il y a autre chose. Les hôpitaux français souffrent, à mon avis, de deux maux : la rigidité du droit public qui leur est appliqué, l'insuffisance de l'expression médicale au niveau de la conception de l'hôpital lui-même, et de la distribution des ressources et de leur gestion.

liaisons radiotéléphoniques, qui les mettent en rapport avec leurs propres ambulances où celles des sapeurs-pompiers.

Mais le tableau reste encore gris en ce qui concerne le personnel soignant, dans certains établissements tout au moins; même le personnel de brancardage fait quelquefois défaut. D'une manière générale, l'instruction du personnel en matière d'urgence, du médecin à la standardiste, n'est pas suffisante.

Quatrième niveau : l'hôpital régional

Il est arbitraire de passer brutalement de l'hôpital d'urgence à l'hôpital régional, parce que, entre les deux, il y a des établissements intermédiaires par le nombre de leurs lits. Mais les centres hospitaliers régionaux se distinguent par le nombre de leurs services spécialisés d'une part, et d'autre part, par le fait qu'ils sont en même temps centres hospitaliers universitaires — à une exception près.

Les réformes de 1958 ont abouti à un mariage entre la faculté et l'hôpital, entre le Ministère alors chargé de la Santé Publique et le Ministère de l'Education Nationale, dans le but de mieux former les étudiants en médecine et de favoriser les recherches.

C'est au sein des centres hospitaliers universitaires, centres de soins et d'enseignement, que s'élaborent les doctrines médicales et que s'effectuent les recherches, celles-ci parfois en liaison avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale qui y installe ses unités, ou en liaison avec le Centre National de la Recherche Scientifique.

Les textes de 1958 sont révolutionnaires. Ils ont profondément changé l'aspect des choses au niveau régional, même si la mise en place des réformes soulève certaines difficultés.

Donc, au niveau régional se trouvent les services de traumatologie et d'orthopédie, les services de neuro-chirurgie, les services de brûlés, quelquefois, les centres anti-poisons. C'est également à ce niveau que se rencontre généralement la gamme complète des services de réanimation définis dans la circulaire du 13 août 1965 : sas, unités de soins intensifs, grandes installations de réanimation, auxquels il faudra ajouter bientôt les caissons hyperbares. A ce niveau également se situent les départements d'anesthésie-réanimation, placés sous l'autorité des médecins

anesthésiologistes. En matière d'urgence, le rôle de ces départements est capital.

Le centre hospitalier régional devrait être capable de recevoir, en appel, tous les cas que ne peuvent garder les hôpitaux de moindre importance : ainsi, l'équipement régional apparaît comme un ensemble complet, capable de faire face à toutes les hypothèses de traitement. Cette vue est encore idéale, en considération de certaines régions, mais elle se réalisera peu à peu.

Bien entendu, les centres hospitaliers régionaux (1) sont aussi des hôpitaux de première urgence, pour le secteur immédiat qui les entoure, généralement une grande ville et sa banlieue. Ils doivent être obligatoirement dotés d'unités mobiles, en application du décret du 2 décembre 1965. Il paraît logique que dans ce type d'établissements, l'unité mobile soit placée sous l'autorité du médecin qui dirige le sas de réanimation. Ainsi, sera assurée la continuité des soins, ce qui a été précisément voulu par les auteurs du décret précité.

En ce qui concerne les recherches, elles conjuguent les efforts des anesthésiologistes, des réanimateurs de toute obédience, des médecins appartenant aux diverses disciplines médicales intéressées à l'urgence, telle la traumatologie, la cardiologie, l'hématologie, etc...

L'enseignement des C.H.U. s'adresse bien entendu aux étudiants en médecine. Les gestes simples de réanimation et de secourisme devraient être enseignés aux étudiants dès la première année. Des efforts sont faits actuellement en ce sens. Il serait souhaitable qu'il puisse s'adresser aussi aux médecins en activité pour des cours de « recyclage » ; du point de vue de la réanimation d'urgence, du secourisme médical, cette nécessité, au dire de certains médecins, est encore plus évidente.

Mais les C.H.U. (2) s'intéresseront aussi un peu plus qu'ils ne le font maintenant à l'enseignement des non-médecins : personnel soignant et autre personnel des établissements hospitaliers de la région, personnel ne relevant pas d'établissements hospitaliers. A ce titre, il faut souligner l'œuvre entreprise à Toulouse, au

(1) Les expressions : hôpital, centre hospitalier, centre hospitalier régional désignent une seule personne morale. Mais celle-ci groupe généralement plusieurs bâtiments hospitaliers.

(2) Et sans doute aussi d'autres hôpitaux non C.H.U.

*Sur place,
avant d'installer le blessé
dans la fourgonnette,
le médecin réanime l'accidenté
(Médecine Mondiale - Copyright by H. Chapman)*

bénéfice de toute la région Midi-Pyrénées, par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (voir annexe III).

Les rapports entre les différents niveaux

Le rappel succinct de la situation présente ne serait pas complet s'il ne mentionnait pas ce qui a été fait dans le domaine des transports des malades, et dans celui des transmissions mises au service de la santé publique.

Les transports « primaires », du lieu de l'accident vers l'hôpital, se confondent souvent avec les opérations de secours; mais il n'en est pas ainsi des transports secondaires, d'un établissement à l'autre.

Ces transports secondaires ont tendance à se développer sous l'influence de multiples facteurs, et notamment : nomadisation de la population (exemple du touriste accidenté loin de son domicile); création de services spécialisés dans les grands hôpitaux.

Une circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 27 juillet 1967 (J. O. du 15 septembre 1967) a décrit comment devaient être organisés les transports secondaires des grands malades ou blessés, pour que leur protection soit assurée d'une manière satisfaisante.

Il est peu admissible que des malades déjà hospitalisés pour des affections graves soient conduits vers d'autres hôpitaux jugés mieux outillés, à bord d'ambulances dépourvues de présence médicale. Il y a là un hiatus dans la surveillance de ces malades, précisément au moment où leur déplacement augmente leur vulnérabilité.

La circulaire du 27 juillet 1967 prescrit l'accord des trois médecins : celui qui a d'abord soigné le patient sous sa responsabilité, celui qui en sera responsable pendant le transport, celui qui dirige le service de second accueil. Elle prescrit également que l'organisation de l'ensemble des opérations sera confiée aux centres hospitaliers régionaux, capables de mettre en œuvre des ambulances lourdes.

Mais la circulaire du 27 juillet 1967 ne vise pas que les transports terrestres : elle s'intéresse aussi aux transports aériens, qui tendent à se multiplier, par hélicoptères ou avions. Ces appareils sont ceux de la Gendarmerie Nationale, du Groupement Aérien du

Ministère de l'Intérieur, de l'Armée de l'Air ou de l'Aviation Légère de l'Armée de Terre. Il est probable que l'avenir verra tous ces services augmenter leur participation aux missions effectuées au profit des malades et blessés.

D'autre part, les moyens de transmission les plus perfectionnés ont été mis à la disposition des services de secours et de santé. A côté du téléphone, la radiotéléphonie joue un rôle de plus en plus important dans les liaisons entre les hôpitaux et les services de secours. Plus de 30 établissements ont bénéficié des dispositions de la convention passée entre les Ministères de l'Intérieur et de la Santé Publique, en 1960, et qui leur permet de disposer des longueurs d'onde réservées jusqu'alors aux sapeurs-pompiers. Une autre utilisation des ondes hertziennes a été essayée à Toulouse, par le Professeur Lareng : celle de la mesure à distance de certaines données physiologiques de malades ou blessés, données recueillies au pupitre central de l'hôpital.

L'AVENIR

Mais il ne suffirait pas d'augmenter les moyens pour garantir un avenir brillant aux secours médicaux. Ces moyens sont déjà importants, et les mesures sont prises en fonction de nos structures actuelles, pour qu'ils atteignent le niveau désirable.

Le véritable problème est précisément celui des structures qui doivent être d'autant plus fortes que les moyens sont plus abondants. Les hôpitaux, comme je l'ai écrit plus haut, devraient relever en totalité ou partiellement d'une certaine entité qui les grouperait, au niveau départemental et régional; de plus, le jeu des acteurs qui tiennent les rôles principaux, dans le drame, grand ou petit, qui éclate lorsqu'il faut secourir un malade ou un blessé, devrait être mieux coordonné qu'il ne l'est actuellement (1).

C'est peut-être ici qu'il faut rendre hommage aux médecins qui ont parti-

(1) Qui coordonne actuellement? Un certain automatisme est créé grâce aux plans de secours. La police ou la gendarmerie sont les pivots autour desquels tout s'ordonne, en théorie. Les mesures prises ne concernent d'ailleurs que les accidents de la route. Pour le reste, le particulier, le médecin, l'usine, l'ambulancier, etc... se débrouillent comme ils le peuvent. Les hôpitaux jouent eux-mêmes parfois un rôle de coordinateur, de même que les sapeurs-pompiers. La situation est très variable.

cipé au colloque des 2 et 3 avril 1965 organisé par la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Le rapport définitif contient en germe une partie de l'avenir des secours médicaux. L'une de ses conclusions est « la nécessité de simplifier et d'unifier les moyens d'appel, cet appel devant être fait à un service de secours qui sera de garde 24 heures sur 24 ».

Cette simplification est réalisée dans certains pays étrangers, qui ont adopté un numéro d'appel unique, donnant accès, selon des formules variables, à des services spécialisés.

En France, le Docteur Bidegarray (2) a lancé l'idée des Secrétariats d'Aide Médicale Urgente, et à mon tour, je me permets de développer cette idée des Secrétariats, qui pourraient s'élargir ultérieurement aux dimensions d'un Service d'Aide Médicale Urgente.



(2) S'occupait des services de garde et d'urgence à la Fédération des Syndicats de Médecins de la région parisienne.

C. - Les secrétariats d'aide médicale urgente

Ces secrétariats seraient logés au sein de certains hôpitaux, et seraient tenus par des secrétaires médicales et des infirmières travaillant sous l'autorité d'un médecin. Ils seraient dotés d'un numéro d'appel caractéristique, facile à retenir (1), et de moyens de communication téléphonique et radiotéléphonique nécessaires aux liaisons avec les autres établissements hospitaliers, les médecins, les sapeurs-pompiers, les ambulanciers, la police et la gendarmerie. Ils disposeraient d'une documentation, tenue rigoureusement à jour, sur les lits disponibles, dans les établissements publics et privés, sur les services de secours et de santé d'intérêt local, départemental, régional, voire national : entre autres exemples, liste et numéro d'appel des médecins, de garde ou non, des pharmaciens, de garde ou non, des centres de secours, etc...

La mission de chaque secrétariat serait de recevoir les appels du public, des maires, de la police, des sapeurs-pompiers, des médecins, etc...

Ces appels comprendraient de simples demandes de renseignements, qui pourraient être satisfaites aussitôt (quel est le médecin de garde aujourd'hui ? Une pharmacie ouverte toute la nuit ?). Il s'agirait en un mot, d'une sorte de S.V.P. médical, que pourrait tenir aisément l'infirmière, voire une secrétaire médicale, dès lors que les renseignements dont elle disposerait seraient tenus à jour.

Mais les appels comprendraient également — comprendraient surtout — des demandes d'assistance immédiate pour des urgences médico-chirurgicales (accidents de toute nature, maladies, empoisonnements, etc...). Le secrétariat alerte les services intéressés pour intervention (secours, transport, accueil).

Dans cette hypothèse, il est essentiel qu'un dialogue s'établisse, si possible, entre le témoin (la mère de l'enfant qui vient d'avaler un produit suspect, par exemple), et le médecin : éven-

tuellement, ce dernier alerte aussitôt le service spécialisé, ou le médecin de garde, ou une unité mobile hospitalière, les sapeurs-pompiers, etc...

En cas de catastrophes ORSEC (grand nombre de victimes), le secrétariat deviendrait le poste fixe de commandement du service « Soins Médicaux et Entraide ».

Enfin, une des missions du Secrétariat d'Aide Médicale Urgente pourrait être de tenir les statistiques de l'urgence médico-chirurgicale. Ces statistiques font défaut à l'heure actuelle. Elles ne peuvent être valablement établies que par une administration à vocation sanitaire, ayant accès aux hôpitaux, et ayant la confiance des chefs de service. Ces secrétariats seraient comparables, en somme, à ceux du 900 belge. En Belgique, l'on sait que le numéro 900 est un numéro d'appel universel au secours. Mais la différence serait que l'appel serait reçu dans notre hypothèse par des personnels de santé; et c'est en quoi ils se rapprocheraient du 03 soviétique (1).

Il serait souhaitable, comme déjà dit, que ces secrétariats soient dotés d'un numéro d'appel unique pour tout le pays. Il eût été avantageux que la France fût dotée de la trilogie 17 (police), 18 (sapeurs-pompiers), 19 (santé). Mais cela n'est pas possible, techniquement. Reste que les secrétariats peuvent être pourvus d'un numéro facile à retenir, bien qu'à plusieurs chiffres; reste également qu'ils pourraient être appelés par l'intermédiaire du 17 et du 18, grâce à des liaisons directes.

A mon sens, il faut se demander si le 18 ne pourrait devenir un jour notre numéro national d'appel, notre « 900 », par entente entre les deux Ministères de l'Intérieur et des Affaires Sociales. Un tel numéro conviendrait parfaitement, parce qu'il pourrait être aussi neutre que la médecine, ce qui ne saurait être le cas du 17 (2).

(1) En U.R.S.S., dans les grandes villes il existe trois numéros d'urgence : le 01, la police; le 02, les sapeurs-pompiers; le 03, les stations de secours médicaux d'urgence. Ces stations ne se contentent pas de recevoir l'appel : elles ont leur propres moyens d'intervention (ambulances, avec personnel médical à bord). En Belgique, le 900 est un système de coordination. L'appel est reçu par un secrétariat, qui alerte à son tour des moyens qui ne dépendent pas de lui. En Suède, le numéro d'appel national est le 90.00.00, géré par le Ministère des Télécommunications. C'est un simple numéro de liaison entre un appelant et un appelé (sapeurs-pompiers, hôpitaux, etc...). Voir en annexe V l'activité du « 900 » belge.

(2) Les secrets médicaux et les secrets de la police ne sont pas de même nature. A cet égard, l'affaire Colin est significative. Un jeune homme

L'institution des secrétariats présenterait de multiples avantages.

Elle simplifierait les consignes à donner au public, et permettrait ainsi de l'éduquer aisément. Qui, aujourd'hui, connaît le numéro d'appel du centre anti-poisons de Paris ? des ambulances de l'Assistance Publique de Paris ?

Elle permettrait, dans beaucoup de secteurs, de raccourcir les délais d'intervention des services de secours, et de diminuer la part du hasard dans le sort des accidentés ou de certains malades, en instaurant le contrôle des événements par des médecins.

Elle garantirait l'intervention des secours d'urgence : ce point est tout aussi capital. Comment être assuré que le public ne « mobilisera » pas un blessé, s'il n'a la certitude absolue qu'une équipe qualifiée va arriver ? Et cette certitude peut-elle lui être fournie en dehors de la mise sur pied d'un système connu de tous, le même partout, qui ait vraiment les dimensions nationales ?

Elle permettrait également d'ajuster et de proportionner les secours à la nature et à l'ampleur des événements. Il est indispensable, qu'en cas d'accidents de la route graves, les trois services (police, sapeurs-pompiers, santé) se déplacent; en cas d'urgence purement médicale, seul le service de santé se déplacerait.

D'une manière générale, les secrétariats, dont la compétence serait départementale, régionale, et même, nationale, seraient l'instrument de cette vigilance sanitaire, imparfaitement assurée aujourd'hui. Les S.A.M.U., qui, en plus du téléphone, seraient dotés de moyens radiotéléphoniques puissants, seraient à l'écoute des urgences.

Plus modestement, et tout aussi utilement, il serait un instrument de communication entre groupes professionnels intéressés aux mêmes tâches (médecins, hospitaliers, etc...) facilitant notamment le rapprochement entre les secteurs public et privé de la médecine, et les confondant en cas d'urgence.

Offert enfin à la population comme un S.V.P. médical, capable de la renseigner, la renvoyant le plus souvent à

reçoit un mauvais coup. Pris de remords ses assaillants essaient de le secourir, et s'adressent à un médecin, ce qui est naturel. Les imagine-t-on faisant appel au 17, numéro de police ? Ambroise Paré écrivait : « Les lois sacrées de la médecine ne sont sujettes à celles des rois ».

son médecin habituel, mais lui garantissant qu'elle sera toujours écoutée, les S.A.M.U. seraient un instrument de rentabilité et de bien-être social (1). Est-ce réalisable? Oui, puisque cela existe en partie dans plusieurs établissements. Mais cela n'existe, la plupart du temps, que par la volonté de directeurs d'hôpitaux ou de médecins énergiques (2), travaillant quelquefois dans l'axe des efforts tracés par le décret du 2 décembre 1965 et la circulaire du 22 juillet 1966 (3).

Les fonctions qui seraient assumées par les S.A.M.U. le sont actuellement, mais elles le sont dans de mauvaises conditions : médecins se battant au téléphone pour trouver un lit d'hôpital; famille recherchant un médecin de garde ou un médicament rare; médecin recherchant une ambulance spécialisée, etc...).

Plusieurs exemples peuvent être cités, d'ambulanciers renvoyés d'hôpital à l'hôpital, un malade à bord de leur ambulance, parce qu'une erreur a été commise au départ. Nombreux sont actuellement les accrocs au bon sens.

Pourquoi les S.A.M.U. devraient-ils être installés dans les hôpitaux? D'abord, parce que les hôpitaux — ceux où ils seraient installés — disposent de ressources matérielles et intellectuelles dont pourraient profiter les S.A.M.U.; parce que l'hospitalisation constitue généralement la mesure ultime qui fait cesser pour la collectivité les conséquences de l'accident ou de la maladie; parce qu'ils disposent et disposent de plus en plus de leurs propres moyens d'intervention, en application du décret du 2 décembre 1965, et qu'enfin, ils agissent parfois en tant qu'organes de coordination, d'ores et déjà.

Ainsi, on peut imaginer qu'un certain nombre d'établissements soient un jour obligés non plus cette fois, de dispo-

(1) Les Secrétariats permettraient aussi, puisqu'ils tiendraient des statistiques, d'obtenir une vision complète, en qualité et en quantité, des cas urgents, selon une répartition géographique donnée. Actuellement, il n'existe aucun renseignement suffisant, d'où l'impossibilité de planifier les investissements, qui sont anarchiques. Il semble que certaines ambulances du secteur public ne servent que 3 ou 4 fois par an. La coordination opérationnelle rendrait possible la coordination des investissements.

(2) Voir encore en annexe III l'œuvre réalisée à Toulouse.

(3) Cette circulaire concerne les moyens mobiles hospitaliers de secours. Elle précise que le décret du 2 décembre 1965 « constitue une première étape vers la création de systèmes perfectionnés de secours médical aux personnes, qui comporteraient notamment la mise à la disposition du public d'un numéro d'appel téléphonique, sinon unique, tout au moins caractéristique ».

ser de moyens mobiles, mais de S.A.M.U., qui fonctionneraient en liaison étroite avec la police et les sapeurs-pompier. Ces établissements auraient la mission de coordonner les secours dans des secteurs bien définis.

Mais est-ce suffisant? Ne faudrait-il pas arriver à la conception d'un Service d'Aide Médicale Urgente, doté d'une autonomie juridique et financière, et dont les éléments seraient répartis à certains niveaux de notre organisation administrative? Est-ce que l'hôpital pourra toujours servir de structure d'accueil à des fonctions qui s'éloignent quelque peu de sa vocation classique? Dans les très grandes villes, il est possible que l'avenir voit naître des stations d'urgence. Mais à mon sens, il serait dangereux et coûteux de concevoir un système détaché de l'hôpital : les liens entre les médecins des hôpitaux, juges finaux de l'état des malades et blessés, et les équipes de premiers secours, doivent être serrés.

Il serait donc sage de se borner aujourd'hui à renforcer l'hôpital en tant que pivot des secours, et de lui donner les moyens juridiques et financiers nécessaires à l'accomplissement de nouvelles missions (1).

CONCLUSIONS

A tous les niveaux de l'organisation, c'est la présence du médecin, qui est la clef des problèmes posés à chacun de ces niveaux, étant entendu que ce médecin doit intervenir à temps, et qu'il doit être doté des moyens nécessaires à son art.

(1) Le prix de journée ne saurait convenir à ce genre de dépenses.

Abstraction faite de certaines insuffisances encore actuelles, abstraction faite, aussi, des fautes, des négligences inhérentes à toute entreprise humaine, cette présence médicale est assurée dans les hôpitaux, les malades ou blessés étant installés dans leurs lits. Dans la population, il n'en est pas de même, dès lors qu'il s'agit d'urgences extrêmes, complexes (accident, par exemple), parce que les cas de détresse éclatent extemporanément. C'est pourquoi le hasard joue un si grand rôle dans le sort des accidentés.

Une des solutions préconisée, et adoptée par les pouvoirs publics, a consisté à faire pratiquer par des non-médecins des gestes médicaux, codifiés dans des schémas d'enseignement. Cette solution constitue un progrès. Mais elle a son revers : à mon sens, elle a contribué à ruiner une certaine idée que nos pères avaient de la valeur de la présence médicale et de l'acte médical, et elle l'a faite injustement.

Il ne se passe guère de congrès médicaux consacrés à l'urgence sans qu'un participant, généralement médecin de campagne, se lève dans la salle et crie : « mais nous ne savons rien ! nous ne pouvons rien ! nous sommes moins que des secouristes ! ».

Certains non-médecins finissent par prendre à la lettre ce genre de déclaration, nuisible à la médecine toute entière. Que des médecins aient besoin de raviver périodiquement leurs connaissances, c'est évident. Mais c'est bien aux médecins qu'il appartient d'approfondir ces problèmes et de suggérer aux administrateurs et aux financiers des solutions claires. C'est bien aux médecins qu'il appartient de mener la bataille pour l'urgence, de prendre une part active à toutes ses mêlées, sous peine de déchéance de leur art.

La participation utile et éclairée des médecins aux premiers secours, ceux qui doivent intervenir dans les minutes qui suivent l'apparition de la détresse, me semble constituer l'un des objectifs essentiels que devraient se donner l'administration et le corps médical dans les prochaines années. Et cet objectif ne peut guère être atteint sans organe de coordination des secours (1).

(1) Ce point a été discuté au symposium de Leningrad (O.M.S., juillet 1967), entre médecins occidentaux et médecins soviétiques. Dans un système organisé de secours médicaux, où doit être le médecin? A l'avant? Au creux de l'hôpital? Chaque partie avait tendance à raisonner en fonction de ses moyens. A mon avis, ces

En effet, ce qui manque à nos médecins en colère, c'est l'ensemble des moyens qui les rendraient efficaces au moment de l'action. Ces moyens, à l'heure actuelle, peuvent être définis ainsi : groupes de secouristes volontaires et ambulances, le tout étant placé sous leur autorité à eux médecins et travaillant en liaison avec la police et les sapeurs-pompiers. En quelque sorte, ces groupes de secouristes ruraux seraient les pendants des unités mobiles hospitalières; ils seraient aussi leurs correspondants. De tels groupes, dirigés par des médecins, atteindraient leur pleine valeur dans un ensemble coordonné : ils devraient être rattachés à des Secrétariats d'Assistance Médicale Urgente.

Il existe d'ores et déjà des formations de ce type. Beaucoup de médecins — je pense à certains médecins de sapeurs-pompiers, mais il y en a d'autres — sont passionnés par ces problèmes. Mais leur action est localisée, bien qu'elle soit exemplaire. Ces médecins reconnaissent comme leurs protégés les inconnus qui viennent se fracasser contre les arbres des routes qui leur sont si familières, à eux, médecins de campagne.

Certaines formations de la Croix-Rouge Française, de la Fédération Nationale de Sauvetage, beaucoup d'ambulanciers, prennent une part active aux secours, mais, la plupart du temps, en dehors de tout contrôle médical, en dehors aussi de tout réseau organisé rationnellement. Mais c'est dire que les éléments du système à promouvoir existent déjà en de nombreux endroits.

Sur le plan juridique l'enjeu est très important. La menace que fait peser l'article 63 du Code Pénal s'estomperait peu à peu. Actuellement, l'application qui est faite de cet article aux médecins constitue en réalité un hommage du Droit à la Médecine. Mais cet hommage, à mon sens, est brutal et maladroite.

Il se peut qu'un jour cet article 63

débats sont un écho lointain des démêlés que Larrey eut avec les états-majors, pour que les chirurgiens militaires se tiennent le plus près possible des combattants, dans leurs ambulances volantes.

En France, il est courant d'entendre que le médecin ne serait immédiatement utile, après un accident de la route, par exemple, que dans 10 à 15 % des cas. Cela montre, en réalité, que l'utilité des médecins en pareilles circonstances est d'un haut degré. Et puis, si le médecin n'a pas à soigner toujours, toujours, il doit protéger.

(1) Voir en annexe VI schéma possible du SAMU.

tombe en désuétude en ce qui concerne les médecins; il se peut même qu'il soit modifié dans sa forme. Mais il est évident que la condition préalable à toute évolution dans ce sens serait précisément l'organisation des Secrétariats d'Aide Médicale Urgente — voire d'un Service d'Aide Médicale Urgente — qui garantirait à la collectivité que tous les cas de détresse seraient secourus dans

les meilleures conditions, et « au niveau médical ». Dans de telles perspectives, le médecin n'échapperait pas à l'obligation où il est de soigner. Mais au lieu d'être requis par n'importe qui, il le serait par un autre médecin spécialisé, celui du S.A.M.U., qui aurait d'ailleurs à sa disposition une gamme de moyens, y compris les ultimes, ceux des hôpitaux (1).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Actes du V^e. Congrès International de la Police de la Circulation** (1965). Comportement du Policier à l'égard des victimes des accidents corporels du point de vue légal, médical et humanitaire, Paris.
- Arnaud M.** (1961). Télédiagnostic des accidentés de la route, *Revue automobile médicale*.
- Arnaud M.** (1964). Premiers secours aux grands blessés de la route, *la Santé de l'Homme*, N° 135, Paris.
- Bonneau, H.** (1962). Consultations radiophoniques et problèmes médicaux des marins de commerce, Toulouse (Thèse).
- Bourret, P.** (1964). Le rôle de l'hôpital en matière de soins d'urgence. Organisation de la traumatologie, *La Santé de l'Homme*, N° 135, Paris.
- Brack M., Coirier R., Guillot J. et Leféver C.** (1965). Les services d'urgence dans l'organisation sanitaire générale de l'U.R.R.S. Rapport d'une mission OMS en U.R.S.S., *Bulletin d'Information du Ministère des Affaires Sociales*, N° 213, Paris.
- Cara M., Echter E., Galinsky R., Jolis P. et Poisvert M.** (1964). Le transport des urgences, *La Santé de l'Homme*, N° 135, Paris.
- Genaud P.** (1964). Premiers secours aux asphyxiés, *La Santé de l'Homme*, N° 135, Paris.
- Gögler E.** (1964). Les accidentés du trafic routier, *Clinique chirurgicale de l'Université d'Heidelberg*, Bâle, Documenta Geigy.
- Kempf I., Auger R. et Moniatte J.-P.** (1965). Le service des ambulances de grand secours à Strasbourg, *Revue automobile médicale*, N° 172.
- Larcan A.** (1965). Service SOS-Nancy, *Revue automobile médicale*, N° 172.
- Lareng L., Jorda M.-F., Virenque C.** (1966). Deux ans d'enseignements des pratiques des premiers secours au C.H.U. de Toulouse (XI^e Congrès International de l'Association internationale de Médecine des Accidents de la Circulation, Stockholm).
- Lareng L., Jorda M.-F., Virenque C., Daver J., Comtet M. et Bertrand M.** (1967). L'intervention du médecin dans la relève et le transport des grands blessés et malades, par l'électronique, Toulouse.
- Le Médecin de France** - N° 259-260, décembre 1965 - V^e Journées d'Etudes Economiques et Sociales - **Unicité de la Médecine.**
- Noviant Y.** Enseignement hospitalier de la ressuscitation d'urgence - *Annales de l'Anesthésie Réanimation* XIX, 259, (1962).
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe** (1963). **L'Organisation des services de réanimation et d'urgence**, Documents concernant les discussions techniques qui ont eu lieu lors de la Treizième Session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
- Perez F., A propos du Secours Médical d'urgence** - Bilan de quinze mois de fonctionnement des Moyens mobiles de Secours du Centre Hospitalier de Bayonne - Thèse de Médecin, Bordeaux (1967).
- Petitot A.** (1964). Manipulation et transport des blessés dans les formations hospitalières, Paris (Thèse de médecine).
- Tortat R.** L'obligation de porter secours et la responsabilité du médecin (Préface de M. Gueniot) - Editions la Renaissance - Troyes (1967).

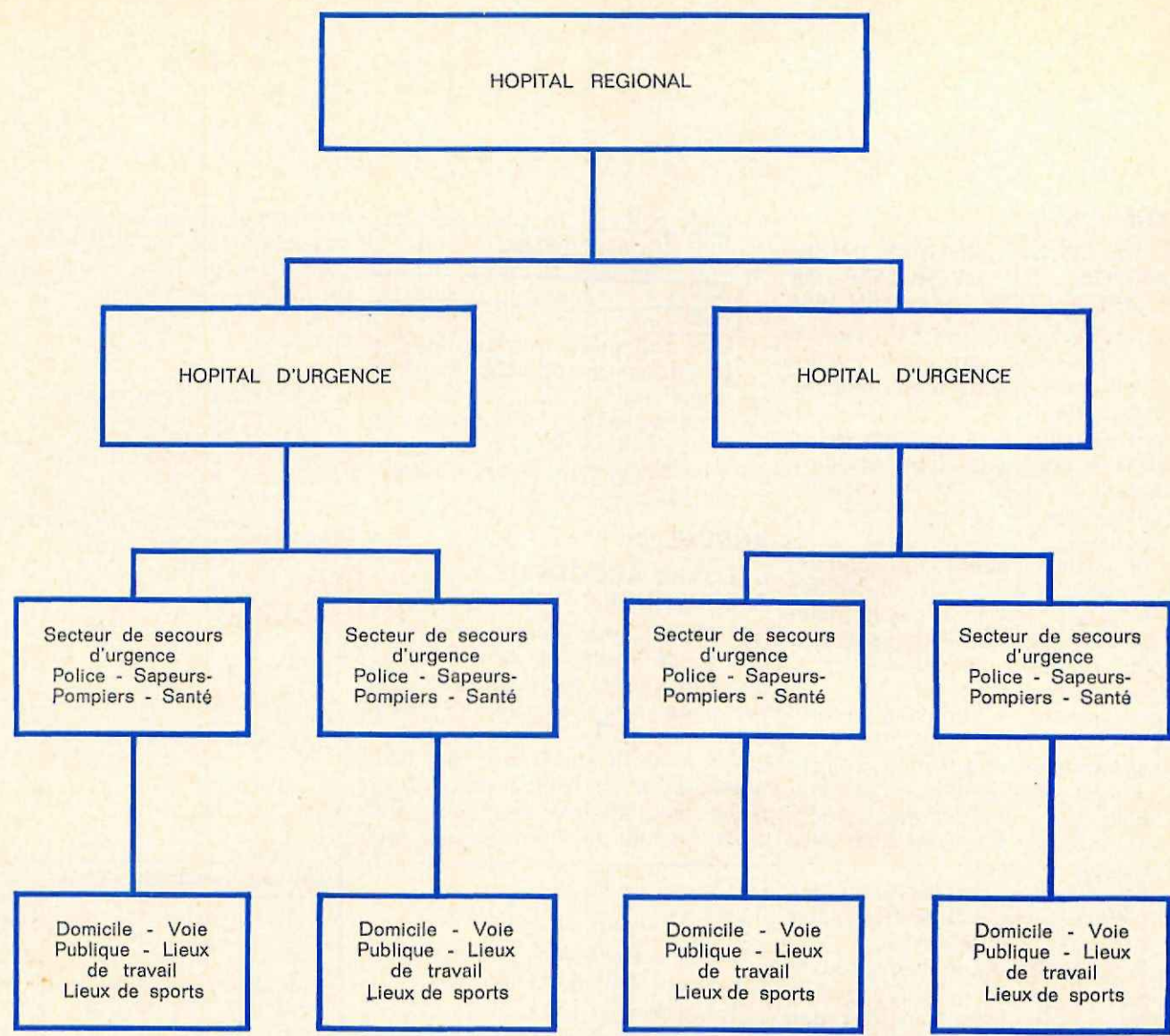
Sante de l'Homme / 1968

4

3

2

1



ANNEXE N° I

1. - A ce niveau, l'organisation ne peut guère porter que sur l'éducation à donner à la population (savoir réanimer par le « bouche à bouche », arrêter une hémorragie, protéger éventuellement la victime et alerter les secours officiels) et sur la multiplication des points d'où les autorités peuvent être alertées. Toutefois, dans les usines, ou dans certains endroits dangereux, des secouristes peuvent être spécialement formés. Le sort d'un blessé ou d'un malade se joue souvent à

ce niveau (premières secondes, premières minutes).

2. - La région est découpée en secteurs de secours d'urgence, desservis par les trois services officiels dont l'action doit être conjuguée : police, sapeurs-pompiers, santé (ambulance équipée médicalement ou non).

3. - L'hôpital d'urgence est le chef-lieu du secteur hospitalier d'urgence qui comprend plusieurs secteurs de secours d'urgence. Il est capable d'assumer la plupart des actes de réanimation. Mais il ne

doit pas garder les blessés ou malades justiciables d'une « réanimation à long terme ». L'hôpital d'urgence prend une part active à l'enseignement donné aux personnels des services de secours d'urgence.

4. - La région englobe plusieurs secteurs hospitaliers d'urgence. L'hôpital régional reçoit les cas qui ne peuvent être gardés par les hôpitaux d'urgence. Il dispose de la série complète des services de réanimation et des services spécialisés (anti-poisons, brûlés).

ANNEXE N° II

ACTES DU V° CONGRES INTERNATIONAL DE LA POLICE DE LA CIRCULATION - MAI-JUIN 1965

Comportement du policier à l'égard des victimes des accidents corporels du point de vue légal, médical et humanitaire.

Considérant que la mission de la police, à l'occasion d'un accident corporel de la circulation, est :

- d'assurer la sécurité sur les lieux de l'accident;
- de porter secours aux victimes;
- de mettre en œuvre toutes les mesures imposées par la législation en vue de l'établissement du constat.

Le Congrès,

Estime indispensable, dans l'intérêt des victimes :

- d'organiser un système d'alerte unique susceptible de déclencher tous les secours nécessaires par le moyen d'un seul numéro d'appel;
- de développer les services d'ambulances rattachés aux services hospitaliers;
- de prévoir l'équipement convenable des services de police pour assurer le transport des blessés en cas de nécessité;

Préconise dans l'intention de rendre les premiers secours aussi efficaces que possible :

- l'information et l'instruction de

la population et aussi l'éducation de la jeunesse;

une interrogation sur le secoursisme à l'examen du permis de conduire;

- une formation appropriée des fonctionnaires de police dans ce domaine;
- la signalisation obligatoire de l'accident par la mise en place d'un triangle de sécurité réfléchissant, par exemple.

ANNEXE III

L'ŒUVRE ACCOMPLIE A TOULOUSE

La région midi-Pyrénées et le C.H.U. de Toulouse, sont le siège de réalisations intéressantes, dont certaines ont dépassé le stade expérimental.

C'est à partir du C.H.U. de Toulouse, et sous l'égide des Ministères des Affaires Sociales, que s'est déroulé pour la première fois

en France (dans le monde ?) une expérience de transmission à distance des données physiologiques de malades et blessés.

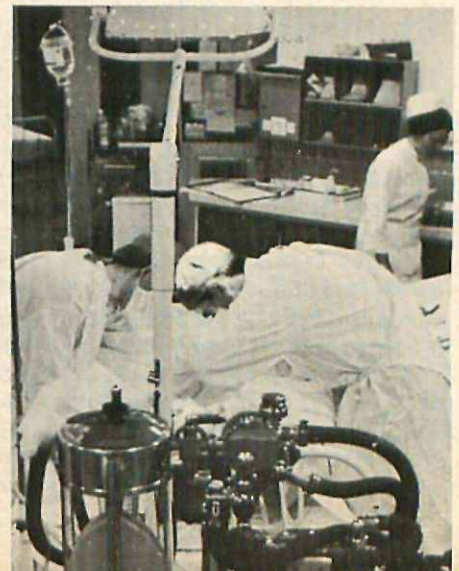
Ci-dessous :

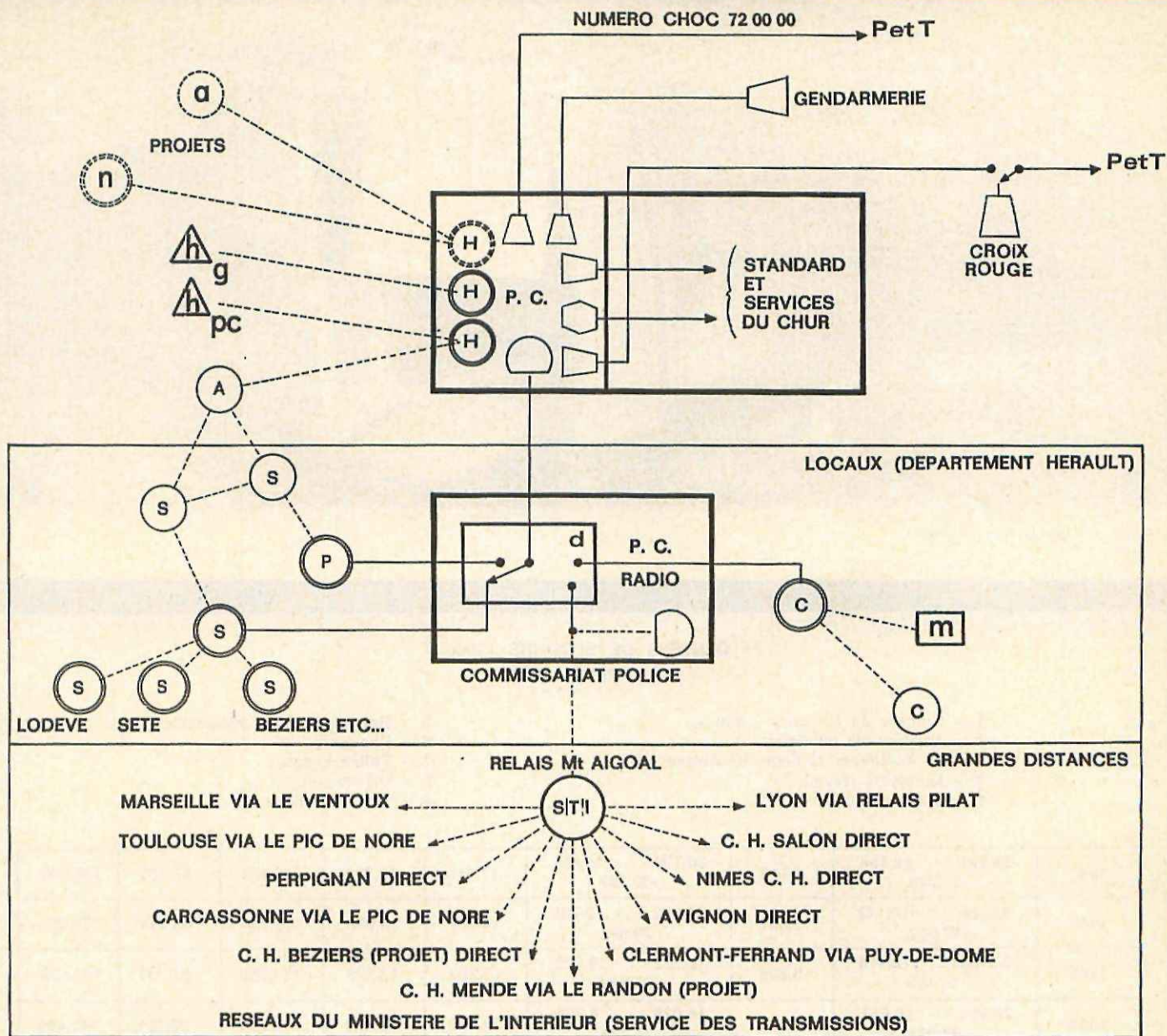
— Tableau des personnels formés par le C.H.U.

dans le domaine de la réanimation d'urgence.

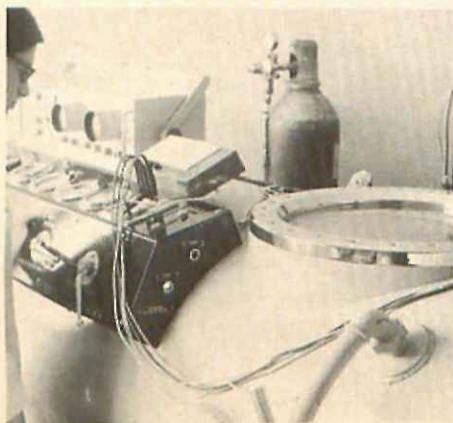
— Vues du Service de réanimation respiratoire et de secours mobile d'urgence de Toulouse.

	1964-1965	1965-1966	1966-1967	Total
Gendarmerie Nationale	116	127	26	269
Compagnie Républicaine de Sécurité	35	90	61	186
Compagnie Urbaine d'Intervention	37	114	90	211
Sapeurs-Pompiers	45	75	0	
Education Nationale	291	236	264	791
Santé publique	300	600	605	1445
Divers	20	89	148	257
Total général	814	1318	1194	3426





Le S.M.U.R. de Montpellier dispose depuis peu d'un caisson d'oxygène hyperbare
(Photo Médecine Mondiale)
(Copyright by Ch. Chapman)



ANNEXE IV

LEGENDES :

- SMUR : Service Mobile Urgence - Réanimation. Lignes téléphoniques
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire Régional. Liaisons radiotéléphoniques
- CH : Centre Hospitalier
- PC : Poste commandement du Commissariat Central Montpellier
- S,P,C,H : Stations fixes radiotéléphoniques
- S : Protection Civile Service de Secours
- P : Police; C : CRS; H : Hôpital

- h : hélicoptères P.C. et Gendarmerie
- s, p : véhicules radios pompiers et police
- c : véhicules radios secours routiers (CRS-TCF)
- m : motos radios CRS
- n : postes de secours aux noyés
- a : ambulances privées Projets
- d : dispatching du PC Police Montpellier
- postes téléphoniques
- postes interphoniques
- tête de télécommande
- A : ambulances Croix-Rouges du C.H.U.



(photo Rapho - Copyright by Ciciomné)

**CENTRES DE SECOURS « 900 »
APPELS 1967**

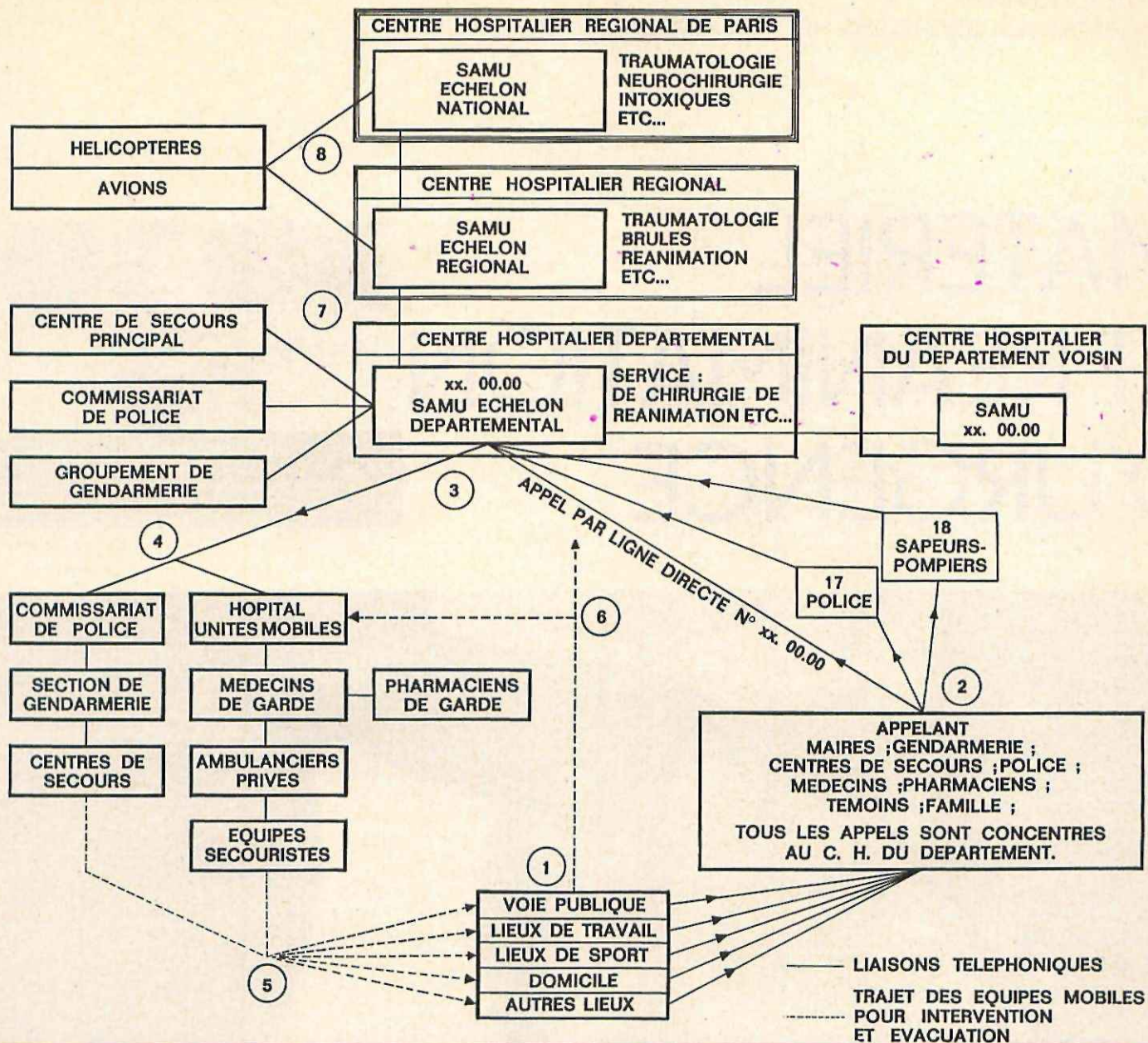
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. - Centres de Secours « 900 ». 2. - Appels voie publique. <ul style="list-style-type: none"> a) Accidents roulage. b) Autres cas. 3. - Accidents travail. 4. - Cas à domicile. | <ul style="list-style-type: none"> 5. - Renseignements médicaux. 6. - Pompiers. 7. - Police secours. 8. - Divers. 9. - Totaux annuels. |
|---|---|

1967	35.222	16.154	4.113	20.796	11.451	17.410	15.222	12.931	57.666	190.965
		51.376			32.247					
1966	33.660	14.142	3.691	19.692	10.200	14.467	19.096	10.754	45.243	170.963
		47.802			29.892					
1965	32.735	12.415	3.526	18.332	9.428	13.283	12.808	11.358	31.737	145.592
		45.150			27.760					
1964	28.960	10.001	3.518	16.028	8.206	30.435	11.320	14.237	20.791	143.496
		38.961			24.234					

ANNEXE V

**CENTRES DE SECOURS « 900 »
APPELS 1967**

Ce tableau donne une idée de l'urgence en Belgique. Par extrapolation, il est facile de calculer combien de fois sur 900 français serait acculé en une année, et pour quelles causes.



ANNEXE VI

1. - L'accident peut se produire sur la voie publique, les lieux de travail, les lieux de sport; la maladie apparaît au domicile des particuliers.

2. - Le SAMU (1 département, 2 départements,...) peut être alerté par toute personne ou institution. Mais il recevra principalement les appels des témoins des accidents, des parents des malades, des médecins, de la police, des sapeurs-pompiers. Il est alerté directement, ou par le canal des sapeurs-pompiers (18) ou de la police (17).

3. - Le SAMU est situé au sein d'un hôpital d'urgence. Il reçoit et coordonne les appels en provenance d'un ou plusieurs secteurs hospitaliers d'urgence. Il est doté d'un numéro d'appel aisé à retenir.

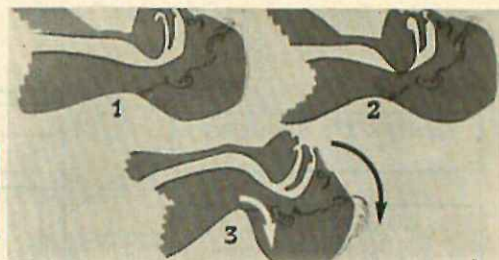
4. - Le SAMU peut alerter la police, les sapeurs-pompiers, les services de santé (médecins, ambulances). Il est responsable de l'arrivée des secours sur les lieux de l'accident ou au domicile des malades (5).

6. - La victime de l'accident ou le malade sont dirigés vers l'hôpital d'urgence.

7. - Ils peuvent être également dirigés vers l'hôpital régional (en passant ou non à l'hôpital d'urgence). Un SAMU est installé au sein de l'hôpital. Sur le plan local, il a la même compétence que le précédent; mais de plus, il est chargé de la coordination régionale. C'est à ce niveau, principalement, que se trouvent les ambulances servant aux transports secondaires, les hélicoptères et les avions.

8. - Un SAMU à compétence nationale est installé à PARIS.

MATERIEL ET REANIMATION D'URGENCE



1 : Chez un sujet normal la langue est écartée du fond de la gorge. 2 : Chez le sujet inconscient la langue s'affaisse contre le fond de la gorge, bloquant les voies respiratoires. 3 : La bascule maximale de la tête lève l'obstacle.

FIGURE N° 2
FIGURE N° 3



281

Une main appuie sur le front, l'autre soutient le menton, sans appuyer sur le cou.

Voici un beau texte du créateur du Secourisme routier (1969), cité comme « rapport introductif » au cours d'un stage à l'école nationale de Nainville les Roches. Il décrit ces secouristes de la route (spécialisés) : « des hommes de cœur... ayant le goût du travail bien fait ».

Nous retiendrons son point de vue sur les « moins valables »... qui tentent de tirer de leur action un bénéfice d'argent ou de renommée ».

Et il n'oublie pas, malgré son texte technique, de citer, dans son VI en 1° « le public » (usagers de la route)... « bien pénétrer de l'importance de quelques gestes simples permettant aux victimes d'attendre à moindre mal l'arrivée sur place des secours alertés par l'appel au secours (gestes conservatoires) » !

Puis on lira « L'appel » dans « Le Figaro » du 26 juin 1972 « Halte à l'hécatombe », complété par les commentaires du journaliste Charles HAQUET* (on y retrouve Marcel ARNAUD mais aussi Paul BOURRET, Maurice CARA, Louis SERRE...).

Ce document se passe de commentaires.

Comment ne pas publier dans ce tome IV dédié au Professeur Louis SERRE cet article de presse, du 23 octobre 1972 (avec le Docteur Charles PRIM) lorsqu'il était venu à Toulon, à l'invitation de l'ANUR, présenter, expliquer et donc défendre les 5 gestes qui sauvent...

Dans la revue des « Anciens de Nainville » un article intitulé :
« 1973 Année du secourisme routier ».

Et dans la revue PSCI de France Sélection – qui le faisait très régulièrement – la traditionnelle photo souvenir de stage (stage 992, en mars 1973) où l'on reconnaît le Professeur ARNAUD, les Docteurs DUFRAISSE et PRIM.

* Que j'avais pu rencontrer au siège du journal, alors au Rond-point des Champs Elysées, après ma bourse de la Vocation et qui avait bien voulu consacrer un article aux « 5 gestes qui sauvent »



Le *secourisme-routier* actuel est une manière de « Chirurgie » (au sens étymologique du mot) qui se déroule à ras de terre au bord d'un pré ou d'un champ, au cœur d'un amas de décombres, en basses fosses ou en fond de ravin ; cette chirurgie là qui se pratique à bout de bras, genoux en terre ou à plat ventre, s'exécute à mains nues dans le sang et dans la boue, en plein air et quelles que soient les intempéries ambiantes. Et tout cela limite déjà le nombre de ses adeptes.

Le *secourisme-routier* exige en outre de ses exécutants, non seulement de très précises connaissances de base entretenues par des contacts sans faille avec le réel, mais encore leur présence, abusivement exigeante, à un poste d'alerte où ils sont à *disposition totale de l'appel au secours*.

Les exécutants de choix sont des hommes de cœur ayant le sens de l'action en équipe et surtout le *goût du travail très bien fait*. Les moins valables des exécutants sont ceux qui tentent de tirer de leur action un bénéfice d'argent ou de renommée ; les uns et les autres deviennent alors très vite plus esclaves du « fait » divers lui-même que dévoués aux victimes qui les appellent au secours.

Instruire et forger ces « chirurgiens » là, aux disciplines du sauvetage d'urgence d'hommes en train de mourir en bord de route, est affaire essentielle des médecins. Et si ceux-ci consentent à cet enseignement, après avoir pris eux-mêmes la peine de lui établir une base doctrinale, c'est bien pour faire formellement et irréfutablement mériter au *secourisme-routier* son caractère de « secours médicalisé » que quelques-uns lui contestent encore, autant par manque d'information personnelle que par mauvaise foi, d'ailleurs.

I. Historique d'une doctrine

L'enseignement du *secourisme routier* exploite actuellement à la hauteur des enseignés toute une somme de connaissances scientifiques, bio-pathologiques et médico-chirurgicales, qui ont servi de base à une doctrine de *secours-routier*, doctrine établie depuis près de six ans par un ensemble de bio-pathologistes, de ranimateurs et de praticiens en médecine et chirurgie d'ur-

L'Enseignement du Secourisme routier dans les Centres interdépartementaux de la Protection Civile

RAPPORT INTRODUCTIF du Séminaire du 9 Février 1969 tenu à Nainville-les-Roches (stage n° 724)

Rapporteur : Professeur Marcel ARNAUD
(Membre de l'Académie de Chirurgie)

gence intéressés par les problèmes de traumatologie routière et de secours.

C'est après l'aval paritaire de ce rapport doctrinal (exprimé en rapports, communications, exposés écrits, conférences et débats) présenté en Congrès, Sociétés et Académies, que cette « doctrine » fut adoptée comme base de l'enseignement du *secourisme routier* tel qu'il est aujourd'hui pratiqué et dispensé sous l'égide du *Service National de la Protection Civile* dans des « Centres interdépartementaux d'instruction ».

II. Historique de l'enseignement

Strictement programmé et programmé suivant une didactique progressant vers la connaissance totale des blessés en bord de route, vers « le secret » de leurs originalités, l'enseignement du *secourisme routier* fut déjà, dès son origine, à la fois théorique, pratique et opérationnel (par exposés, travaux pratiques et exercices). C'est ainsi qu'il fit ses débuts à l'*Ecole Nationale de Nainville*, voici environ 5 ans. Il y était donné un *stage interné* de 5 jours ; il était strictement réservé à des *moniteurs* en *secourisme*.

En Juin 1965 le programme d'enseignement né, mûri et rodé à Nainville obtenait l'aval de la *Commission Nationale de Secourisme* qui l'adoptait comme programme officiel du brevet national de *secouriste routier*.

Telles sont les lettres de noblesse de cet enseignement tel qu'il est toujours dispensé, à quelques nuances près, dans les *Centres Interdépartementaux d'Instruction* de Blois, Mâcon, Saint-Brieuc et de Marseille-Valaire accrédités pour l'heure en cela. L'initiale formule de stages internés de 5 jours et leur triple forme d'enseignement théorique, pratique et opérationnel, y sont rigoureusement maintenues.

Depuis l'année dernière ces stages-là s'achèvent par une session régulière d'examen donnant l'accès direct au *brevet national de secouriste routier*.

III. Remarques sur cet enseignement

Tel qu'elle est programmée et diffusée, l'actuelle formation technique enseignée est satisfaisante. Cette

satisfaction s'appuie sur l'observation directe des résultats complets des épreuves de l'examen final et des exercices expérimentaux qu'il comporte. De fait, il s'agit d'un enseignement *interné et surveillé* qui épuise son programme en 5 journées et sous couvert de 13 exposés, 10 travaux pratiques et 5 manœuvres opérationnelles.

Nous avons cependant remarqué que deux points d'insuffisance formatrice résultaient encore de cet enseignement et méritaient correction :

1) Le premier point concerne l'*inhabituelle quasi-constance des équipes de secours partant en opération d'user des liaisons radio-téléphoniques* qu'ils ont cependant à leur disposition. Une séance de travaux pratiques est désormais consacrée à l'utilisation de telles liaisons, sans lesquelles il n'est pas de « secours modernes ».

2) Le second point d'insuffisance n'éclate que dans le cas où l'exercice opérationnel comporte de nombreuses victimes : les élèves secouristes-routiers engagés alors dans l'opération de secours savent mal organiser extemporanément leur chantier de travail, par trop habitués qu'ils sont à des actes de secours à un seul blessé et débordés qu'ils sont dès qu'ils se trouvent face à un sinistre important, comportant obligatoirement une « stratégie » et un « choix » tactique... mais surtout l'existence d'un « chef ».

IV. Peut-il être conclu ?

Conclusion, c'est répondre aux deux questions suivantes :

- 1°) Cet enseignement à moniteurs s'est-il répercuté sans déviations, ni erreurs à partir d'eux ?
- 2°) Cette diffusion a-t-elle eu un réel effet bénéfique sur les victimes de la route ?

Avec l'actuel recul de 5 ans d'un tel enseignement, on pourrait « approcher » de la réponse à la première question, si on parvenait à retrouver, à réunir et à recycler tous ceux qui furent bénéficiaires d'une telle formation. On saurait au moins ce qu'il reste à la longue de l'enseignement reçu (quelle forme de renforcement ou de dégradation il a pu subir au fil des années, ou au fil de l'expérience opérationnelle du moniteur). On connaîtrait également quelle fut, au sortir du stage initial, l'activité didactique de moniteur (Put-elle s'employer ? sous quelle forme ? fut-il aidé ? fut-il efficace ?). Pour parvenir à cette approche là, il est opportun de prévoir un *rassemblement de recyclage* de ces « anciens ».

Répondre à la 2^e question (qui est au fond la « vraie » question) est encore impossible. Seules les statistiques pourront dans une dizaine d'années permettre, en guise de réponse, d'avoir une « opinion ».

V. Faute de pouvoir conclure, voici quelques remarques:

1 — Le secourisme-routier au cours des 2 premières années de son enseignement eut beaucoup de mal à se faire admettre par les élèves comme une entité particulière et très hors-série. Son particularisme renverrait en effet les données classiques du secourisme traditionnel dont chaque stagiaire était littéralement imprégné. Aujourd'hui on peut dire qu'il n'en est plus du tout de

même : tout élève arrivant au stage est déjà très largement informé des originalités de « polytraumatisé » de la route et des méthodes particulières que motivent les secours à ces « originaux ». Ce grand progrès résulte de l'effort d'enseignement du secourisme routier et doit s'inscrire à son actif.

2 — Il importe de s'opposer souvent à la fâcheuse tendance des élèves d'adorer le « matériel » pour le « matériel » au détriment de la valeur de l'homme chargé de son emploi. L'enseignant doit s'efforcer sans cesse d'affirmer la *primauté de la valeur technique de l'homme*, du secouriste, sur celle de sa panoplie.

3 — Nous nous efforçons sans cesse d'éviter que les tactiques et les gestes de secours soient par trop systématiques et réflexes ; nous demandons pour cela aux exécutants d'exercices pratiques de *penser tout haut la motivation* des gestes qu'ils opèrent ; cette manière de provoquer certainement chez eux la pré-réflexion, la pré-pensée des raisons de leurs gestes, nous a paru bonne pour diminuer leur tendance aux réflexes.

4 — La *contestation* librement exprimée en colloques et discussions est une excellente forme d'enseignement à cet échelon. Il faut même tenter de la provoquer, si on sent chez quelques auditeurs réticences, doutes ou défaut de conviction.

La diversité de formes d'intelligences, de perméabilité des esprits, des valeurs et richesses vocabulaires, des ententes sur les définitions de base, des formations et des connaissances initiales de chacun... obligent dans de tels stages à *user largement du colloque contestataire*. C'est le meilleur moyen d'en arriver à ce que tous, comprennent tout et de la même façon. Ce qui est capital.

VI. Essai des perspectives de cet enseignement.

On peut prévoir que le secourisme-routier évoluera un jour vers une forme de « service public » dont il faudra bien que le personnel soit diligent et instruit de ses fonctions. L'enseignement du secourisme-routier n'en est donc qu'à ses débuts fonctionnels.

Quatre objectifs d'avenir se dessinent déjà pour les moniteurs qui reçoivent une instruction technique de secouristes-routiers dans les Centres Interdépartementaux :

1°) un rôle d'*éducateur primaire* auprès du public et de sa « masse » ; auprès surtout des usagers de la route qu'il faut bien pénétrer de l'importance de quelques gestes simples permettant aux victimes d'attendre à moindre mal l'arrivée sur place des secours alertés par l'appel au secours (gestes « conservatoires »).

2°) un rôle de *formateur* de ces assistants éventuels conjointement accourus sur place dès l'alerte, que sont les policiers et les gendarmes de la route et qui doivent acquérir la capacité d'assister très pleinement l'équipe secouriste routière.

3°) Un rôle *fondamental d'enseignants complets*, d'éducateurs précis (théoriciens assistés de médecins, praticiens et opérationnels) de secouristes spécialisés puis brevetés en secourisme routier, mais régulièrement admis, en équipe opérationnelle, à la participation des actes de secours.

LES VICTIMES DE LA ROUTE ACCUSENT...

Une enquête de Charles HAQUET

Le nombre croissant des blessés pose à notre société des problèmes d'ampleur nationale

Halte à l'hécatombe !

CHAQUE jour, la liste des victimes d'accidents s'allonge inexorablement sur nos routes. 8.000 morts en 1960, 16.000 en 1971, combien en 1972 ? Depuis 10 ans, plus de 2.000.000 d'accidents ont fait 3.166.000 blessés dont 1.050.000 resteront infirmes, c'est-à-dire l'équivalent de l'ensemble de la population du département de la Gironde. La situation devient intolérable.

Aussi nous, chirurgiens et médecins appelés par leur spécialités à traiter les accidents de la route, avons-nous décidé de lancer un appel solennel.

APPEL AUX AUTOMOBILISTES, à leur bon sens et à leur sens des responsabilités. Ils doivent savoir qu'en raison du « temps mort de réaction » qui varie avec chaque individu, 10 % à peine des automobilistes sont capables de conduire en toute sécurité aux vitesses que permettent d'atteindre maintenant la plupart des véhicules. Que chaque conducteur respectueux de la vie d'autrui autant que la sienne propre le comprenne et s'en souvienne.

APPEL AUX CONSTRUCTEURS DE VOITURES, pour qu'ils accordent une importance capitale à tous les organes de sécurité des véhicules et à tous les dispositifs ayant pour but de diminuer les conséquences des accidents pour les passagers. Nous leur demandons aussi de fonder leur campagne de publicité essentiellement sur le besoin de sécurité.

fait un gros effort pour l'amélioration du réseau routier et de la signalisation. Cette amélioration ne résout pas le problème à elle seule : elle doit être assortie de mesures de limitation de vitesse analogues à celles prises dans la plupart des pays Européens (Grande-Bretagne, Suède...) et également aux Etats-Unis où les autoroutes sont deux fois et demie moins meurtrières qu'en France.

Les résultats obtenus dans ces pays sont probants. Puisque leur expérience montre que seule la décision de limiter la vitesse est capable de sauver à l'avenir plusieurs dizaines de milliers de vies, nous demandons aux Pouvoirs publics d'instaurer sans plus attendre ces mesures de limitation de vitesse tant sur les routes nationales que sur les autoroutes, et de les faire effectivement appliquer.

Pour soutenir l'action que nous engageons et pour que notre appel prenne tout son poids, nous demandons à tous les Français qui le lisent et qui l'approuvent, de nous écrire ou simplement de remplir et de nous renvoyer le bon ci-dessous.

Jean Creyssel.

chirurgien des hôpitaux,

professeur honoraire à la Faculté de médecine,

président du Conseil médical de France Route Assistance.

Les membres du conseil médical, messieurs les professeurs :

ARNAUD Marcel (Marseille) ; ARON Jean-Jacques (Paris) ; BABIN CHEVAYE Jean (Nantes) ; BIMAR Jean (Marseille) ; BOURRET Paul (Salon-de-Provence) ; CABANAC Jean (Grenoble) ; CARA Maurice (Paris) ; CASTAING Jean (Tours) ; CERNEA Pierre (Paris) ; CHALNOT Pierre (Nancy) ; DALMAS Henri (Marseille) ; DECOULX Pierre (Lille) ; DELEUZE Raymond (Lyon) ; DUFOURMENTEL Claude (Paris) ; DUNOYER Jean (Limoges) ; EDELMANN Gilles (Paris) ; FOURRIER Paul (Clermont-Ferrand) ; GERARD Yves (Reims) ; GRECO Jean (Tours) ; GUIHENEUC Olivier (Rennes) ; JUDET Robert (Paris) ; KEMPF Ivan

(Strasbourg) ; LACROIX Pierre (Caen) ; LARENG Louis (Toulouse) ; LE BRIGAND Henri (Paris) ; LEClerc Georges (Dijon) ; LECUIRE Jean (Lyon) ; MAESTRACCI Pierre (Nice) ; MALLET Jean (Angers) ; MATTEI Francois (Ajaccio) ; MAY Jean-Pierre (Paris) ; MILHAUD Alain (Amiens) ; PERTUISSET Bernard (Paris) ; PICARD Jean-Marie (Nancy) ; POUYANNE Louis (Bordeaux) ; RAMADIER Jacques (Paris) ; ROCHE Louis (Lyon) ; SAUTOT Jean (Lyon) ; SERRE Louis (Montpellier) ; SICARD André (Paris) ; VICHARD Philippe (Besançon) ; VIDAL Jacques (Montpellier).

Nom :

Adresse :

J'approuve l'appel « Halte à l'hécatombe ».

A retourner à : Monsieur le professeur Jean CREYSSEL, F.R.A., 58, r. du Dessous-des-Berges, 75640-Paris. CEDEX 13.

SUR les routes, ils vont mourir par centaines et par milliers au grand soleil d'été... Le chiffre des morts est toujours en hausse : cinquante chaque jour. Et sur les mille blessés quotidiens, cent ou deux cents d'entre eux — stupéfaits d'avoir été atteints — vont devoir faire l'apprentissage d'une nouvelle vie : leur groupe croissant pose à notre société des problèmes d'une dimension telle que le jour n'est pas loin où il faudra leur donner une place prioritaire dans la hiérarchie des préoccupations. Comme on le fit jadis pour les mutilés de 1914-1918...

Nous ne vous raconterons pas nos visites bouleversantes aux blessés de la route, à ces familles frappées au milieu des vacances, à ces foyers détruits depuis, à ces femmes au visage brûlé, défigurées... Inutile. Nous connaissons tous maintenant des victimes de la route. Toutes les villes, tous les bourgs ont payé leur tribut à l'automobile. Bien sûr, de nouvelles campagnes de sécurité, de nouvelles réglementations vont être lancées : les statisticiens affirment même que le risque par kilomètre est un peu moins grand qu'il y a cinq ans. Soit ! Mais le nombre des tués progresse toujours : les derniers chiffres indiquent qu'il y en a eu 16 % de plus pendant les quatre premiers mois de 1972, par rapport à la même période en 1971.

Qu'on l'admette ou non : aujourd'hui tout est auto... La vie professionnelle, les loisirs, la nature de la route et du paysage, le matin, le soir, le week-end. L'automobile a directement ou indirectement modifié toutes les

activités humaines. Et c'est sans doute pourquoi le problème des accidents de la circulation concerne tout le monde...

Mais cette « civilisation de l'automobile » est loin d'être satisfaisante. Ouvrez le débat comme nous l'avons fait. Au fil des interviews, nous voyons des professions entières se rejeter les responsabilités les unes sur les autres. On apprécie le dévouement de beaucoup de médecins, mais on demande ici pourquoi dans cette région les chirurgiens ne se mobilisent pas le samedi et le dimanche, jours d'affluence dans les hôpitaux où ils pourraient sauver un plus grand nombre de blessés, quitte à modifier leur emploi du temps et à prendre leur repos dans la semaine ? Pourquoi les constructeurs automobiles français n'équipent-ils pas systématiquement leur voiture d'un double circuit de freinage, d'un pare-brise « triplet », d'appuis-tête, etc. ? (1) Pourquoi les compagnies d'assurances et les avocats s'attachent-ils à des procédures démodées et coûteuses qui plongent les victimes dans l'embaras ? Pourquoi les urbanistes ne construisent-ils pas la cité en concevant des rez-de-chaussée pour les handicapés de plus en plus nombreux ? Pourquoi le secourisme n'est-il pas enseigné dès l'école primaire avec épreuve supérieure à l'examen du permis de conduire, de façon à ce que les témoins d'un accident connaissent les gestes à faire et surtout ceux à ne pas faire devant les grands blessés ? Pourquoi les P.T.T. n'arrivent-ils pas à donner un numéro national d'appel aux secours routiers ?

En ce qui concerne le « conducteur », un groupe de travail de la Sécurité routière avait suggéré que les candidats au permis de conduire soient dans l'obligation de passer un examen médical qui serait pris en charge par la Sécurité sociale. Elle a aussi demandé l'organisation progressive d'un contrôle technique des véhicules en commençant tout de suite par les voitures de plus de dix ans.

Nouveaux trains de mesures annoncés par le gouvernement

Déjà en Amérique, si vous tombez en panne sur l'autoroute, ne vous attendez pas à la mansuétude de la police mais préparez-vous à payer une forte amende. Une étude de l'O.N.S.E.R. a permis d'établir que les défauts techniques portaient principalement sur le freinage, les pneumatiques et la suspension. En 1971, un contrôle des véhicules efficace aurait « sûrement » évité 270 morts et 6.000 blessés... et « vraisemblablement » entraîné des conséquences moins graves pour 11.500 accidents (qui ont fait 2.000 tués et 17.000 blessés).

De nouveaux trains de mesures vont être prochainement annoncés par le gouvernement. Dès cette semaine, le premier ministre entend relancer la mobilisation des Pouvoirs publics.

Charles Haquet.

Les limites de l'individualisme

Faire le procès des accidents de la route c'est vraiment tout remettre en question...

L'individualisme devrait trouver ses limites dès qu'on s'installe au volant mais les psychanalystes constatent le contraire. Pourtant, en entrant dans une voiture nous entrons du même coup, dans une collectivité où chacun doit trouver sa place en respectant celle d'autrui. Une grande collectivité, puisque sur la route nous sommes plus de 15 millions à conduire : treize millions et demi de voitures particulières, 2 millions de camions et d'autocars...

Méditons ce que nous dit ce psychologue, grand spécialiste de la conduite : « Ce qui me surprend le plus, c'est l'idée que ce font la plupart des conducteurs d'être à même, à chaque moment de leur existence, de juger de leur capacité de conduite. Tous les conducteurs sont persuadés qu'ils sont les mieux placés pour juger s'ils

sont aptes — ou non — à prendre un volant... »

Cette croyance dans les capacités d'autocontrôle sera lourde de conséquences pour celui qui ne respecte pas les règles d'hygiène de la conduite — celui qui par exemple n'interrompra pas comme il se doit un parcours de longue durée. Convaincu que l'alcoolisme est un vice terrible — qu'il faut combattre — chaque conducteur s'offusque d'apprendre que les trois demis de bière bus dans l'après-midi ont fait diminuer de 15 % la rapidité de ses réflexes ! Le conducteur croit savoir jusqu'à quel moment il peut boire... Or, l'un des effets de l'alcool est précisément de modifier la capacité d'autocontrôle, d'enlever la finesse de cette auto-estimation...

Neuf pour cent des accidents de 1971 ont été dus à l'alcool et nombreux furent parmi ces 22.500 conducteurs accidentés ceux qui de bonne foi ne pensaient pas avoir un taux d'alcoolémie si élevé...

1) La campagne lancée aux Etats-Unis par Ralph Nader a provoqué une prise de conscience qui va influencer la conception des prochains modèles de voiture. En France certains chirurgiens peuvent à la simple vue des blessés qu'on leur amène indiquer dans quel type de voiture se trouvaient ceux-ci !

ERS VAROIS - FAITS DIVERS VAROIS

Sous l'égide de l'Association Nationale des Usagers de la Route "Cinq gestes qui sauvent" a été le thème de la conférence du professeur Louis Serre

C'est sur la place d'Armes qui dans trois semaines verra commencer les travaux du parking souterrain, que l'Association Nationale des Usagers de la Route a lancé sa campagne d'information et d'éducation, afin de familiariser les usagers de la route à connaître les gestes indispensables qu'ils doivent exécuter en présence d'un accident.

En présence de M. Arreckx, maire de Toulon, du professeur Louis Serre, de la faculté de médecine de Montpellier; du médecin commandant Prim, des sapeurs-pompiers de Draguignan, qui est en même temps un grand spécialiste des secours aux blessés; de Mme Pouyade, du commandant Bihl, commandant la compagnie de gendarmerie de Toulon; du lieutenant Delouvrier, de la C.R.S. 59 d'Ollioules; de Mme Aknin, secrétaire générale de l'A.N.U.R.; M. Ardoine, président de cette association a longuement expliqué les raisons de cette action qui vise à faire connaître à tous les automobilistes et usagers de la route les gestes qui peuvent sauver de nombreuses vies humaines.

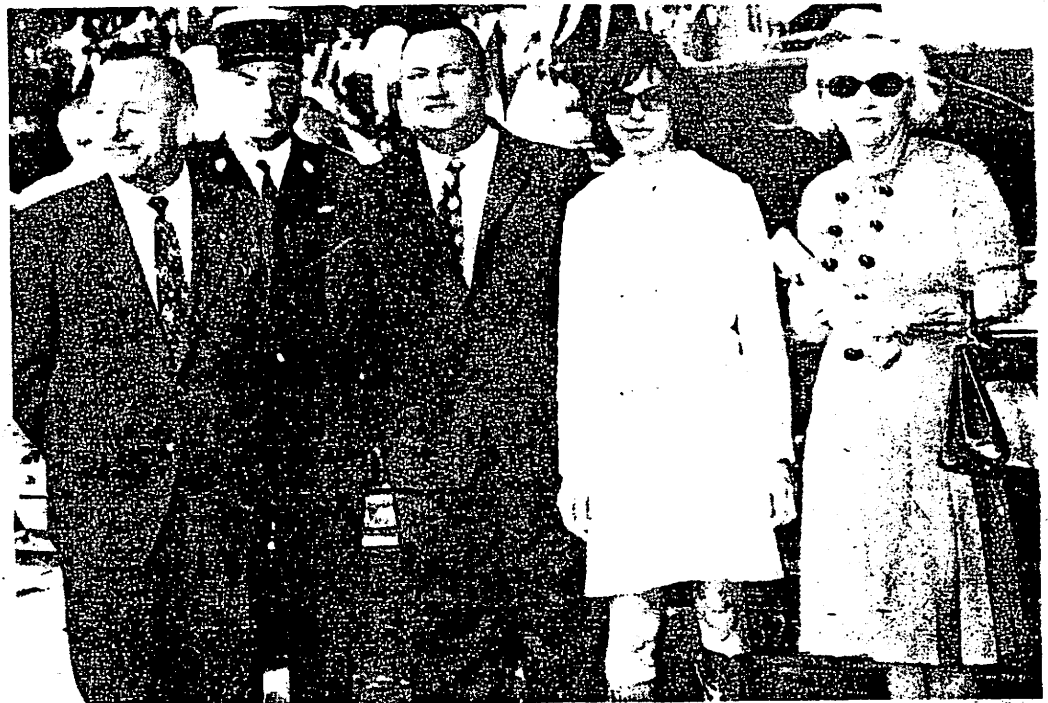
Cette manifestation s'est déroulée en deux temps. D'abord dans la journée où les Toulonnais et les Varois ont pu visiter une exposition automobile qui se tenait sur la place d'Armes, puis dans la soirée où de nombreuses personnes assistèrent à la conférence du professeur Louis Serre, en la salle de conférence du Grand-Hôtel.

Au cours de cette conférence à laquelle assistaient le commandant Bihl, le médecin commandant Prim; M. Spozio, etc, les auditeurs purent poser de nombreuses questions et notamment sur la nécessité d'accomplir ces « cinq gestes qui sauvent ».

Des réponses précises leur furent données par ceux qui se font un devoir de combattre à chaque instant pour freiner l'hécatombe routière.

CINQ GESTES ESSENTIELS

Ces cinq gestes, nul ne doit les ignorer. Ils sont relativement simples, mais il est nécessaire que



(Photo M. Colombani.)

les usagers les connaissent et les exécutent dans un temps très bref pour qu'ils soient efficaces.

Alerter, baliser, ranimer, compresser, sauvegarder. C'est tout !

En fait, n'importe quel témoin d'un accident peut faire les deux premiers gestes. Alertier les secours, puis baliser les lieux de l'accident afin que d'autres véhicules ne viennent pas percuter les voitures accidentées, est déjà un moyen d'être utile et efficace. Ensuite, en effectuant le bouche-à-bouche si la victime respire lentement ou plus du tout, en stoppant les hémorragies, en dégageant le blessé si le feu menace et enfin en plaçant ce blessé dans une position de sauvegarde, c'est-à-dire, le laisser sur le dos s'il est conscient ou tourné sur le côté, la face presque vers le sol et la tête vers l'arrière s'il est inconscient, vous aurez accompli là ces gestes qui sauvent.

Tout le monde y compris les jeunes à partir de 14 ans, peut apprendre ces cinq gestes primordiaux en acceptant de consacrer quelques heures de son temps.

Il serait également bon que ces gestes soient enseignés dans les auto-écoles et aussi dans les lycées, car à une époque où dans une journée 50 personnes trouvent la mort et 1.000 sont blessées dans des accidents de la route, nul ne peut dire qu'il n'est pas concerné par cet angoissant problème où ne pas savoir ce qu'il faut faire est aussi dangereux que de ne rien faire.

NOTRE PHOTO :

M. Maurice Arreckx, maire de Toulon; M. le médecin commandant Prim; le professeur Louis Serre; Mme Aknin, secrétaire générale de l'A.N.U.R. et Mme Pouyade, au cours de l'inauguration de l'exposition automobile sur la place d'Armes.

MOTION : L'ASSOCIATION NATIONALE DES USAGERS DE LA ROUTE

s'engage à développer partout dans toutes les localités des initiatives de masses pour l'application des gestes qui sauvent.

Compte tenu de l'escalade grandissante de ce carnage évident, toutes sortes d'actions doivent être engagées.

C'est là notre objectif, aidons-nous à le réaliser, en apportant une puissante contribution à cette manifestation de solidarité d'intérêt public.

Le comité directeur.

1973 : Année du secourisme routier

De 1966 à 1972, près de 300 médecins ont reçu, à Nainville et sous la direction des plus éminents spécialistes : MM. les Professeurs ARNAUD et SERRE, M. le Médecin Général GENAUD et M. le Colonel DUFRAISSE, une information sur le « secourisme routier ».

En même temps, les Centres interdépartementaux d'études de la Protection Civile dispensaient une formation complémentaire à plus de 1 800 moniteurs, les préparant ainsi à participer à l'enseignement du secourisme routier, tel qu'il est défini par l'arrêté ministériel du 10 juin 1966.

En présence d'un tel effort, dans le sens de la « formation des formateurs », beaucoup seront surpris de relever dans les statistiques officielles que l'effectif total des secouristes spécialisés en ce domaine dépassait à peine 10 000 au 1^{er} janvier 1973.

C'est que la diffusion du secourisme routier se heurte à de nombreuses difficultés :

— aux 15 à 18 séances consacrées à la préparation du « tronc commun », il faudra ajouter *au minimum* une quarantaine d'heures consacrées à des techniques plus élaborées. La solution, ce sera 6 jours de stage bloqué ou encore 30 séances de 1 h. 40 en moyenne.

— cet enseignement nécessite l'emploi de matériels assez divers (écarteurs, cisailles, matelas-coquille, attelles gonflables, inhalateurs, insufflateurs, aspirateurs, radio, brancards spéciaux). Les exercices comporteront la « césariation » des carcasses automobiles qu'il faudra acheter ou — au minimum transporter et ramener au chantier de « casse ».

— ces diverses catégories des sujétions, ajoutées à celle que constitue la préparation des « formateurs » font du secourisme routier *une spécialisation coûteuse*.

D'autre part, certains moniteurs et même certains médecins n'ont pas encore réellement compris la nature du secourisme routier, sa spécificité, l'importance de techniques particulières, adaptées

à l'état de polytraumatisé dont le secouriste a trop souvent tendance à ne considérer que l'aspect extérieur.

L'année 1973 va très certainement permettre un développement rapide et spectaculaire du secourisme routier, parce que des solutions pratiques sont enfin apportées aux principales difficultés matérielles et financières.

Tout d'abord, dans le cadre d'un « programme finalisé », interministériel et rattaché au VI^e plan, des crédits importants ont permis une relance du secourisme. C'est ainsi que les moyens accordés en début d'année correspondent à un accroissement de 45 % par rapport à la totalité des crédits de 1971, tandis qu'une attribution de crédits complémentaires est prévue pour septembre en faveur des départements ayant consenti un effort particulier en matière de secourisme routier.

Ainsi, l'effort consenti cette année en faveur du secourisme se traduit par une augmentation de 90 pour cent des crédits globaux, à laquelle s'ajoute une politique de formation, de perfectionnement et de spécialisation des moniteurs, dans le cadre des centres inter-départementaux d'instruction.

Le « programme finalité » prévoit une nouvelle progression des crédits, en 1974 et 1975. Il importe donc que, dans chaque département et chaque Association, un effort tout particulier soit accepté afin d'aboutir au « décollage » de la spécialisation en secourisme routier.

Il est permis d'espérer que tous auront à cœur de faire bon usage de ces moyens nouveaux : Il ne s'agira pas de « monter » un enseignement en chambre ou de « délayer » le programme du tronc commun : spécialité autonome et techniquement complexe, le secourisme routier ne doit être enseigné que par ceux qui en auront tout d'abord assimilé les connaissances et les gestes, par ceux qui en auront acquis l'état d'esprit.

Y.-L.-B.

Docteur PRIM



Stage 992 - Secourisme routier

NAINVILLE-LES-ROCHES

Stage 992 : Secourisme routier (28 au 30 mars).

Record battu : étaient présents cette fois plus de 50 médecins et étudiants en pharmacie, pour profiter de l'enseignement de MM. le professeur Arnaud, le médecin général Gènaud, le professeur Serre, les médecins commandants Dufraisse et Prim. En outre, MM. le sous-préfet Arrighi et le professeur Jolis participaient à cette information, en traitant respectivement des transmissions et des évacuations secondaires.

Comme les fois précédentes, les exercices pratiques et la manœuvre de nuit avaient lieu dans le parc, avec la participation des sapeurs-pompiers de Blois et de Corbeil.

Comme d'habitude, les auditeurs ont travaillé en commissions pour donner leur avis sur les problèmes de « médicalisation » des secours routiers.

Nouvel article dans la revue « Sécurité routière », avec un exercice dirigé par Louis SERRE mais commenté par Marcel ARNAUD, en présence de Christian GERONDEAU, nouveau directeur du SNPC (avant sa proche transformation en DSC en cette même année 1975).

Cet article mettait bien en exergue les gestes de « pré-secours » dévolus au public.

Dans « La Route », la présentation du « plan de secours routier » et du dit exercice à Nainville.

Notes de la DSC du 7 puis du 16 février 1977 relatives aux conseillers techniques « permanents » ainsi que de la composition de la commission médicale consultative.

Le Professeur ARNAUD, ainsi que les Docteurs ALBA*₁, COUZINET*₂, HERAUT*₃, SERRE, CARA, que j'ai eu l'honneur de connaître personnellement en faisaient bien évidemment partie.

*1 Voir 9^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent » consacré aux services chargés de la sécurité routière. Le Docteur ALBA fut conseiller médical au sein de la délégation à la sécurité routière.

*2 J'ai connu le Médecin Commandant COUZINET à la BSPP. C'est lui qui assura la formation des futurs moniteurs nationaux de secourisme, à Ménilmontant (mon ancienne caserne), en 1968.

*3 J'ai fait la connaissance du Médecin Chef Michel HERAUT lors d'un stage de « recyclage » en secourisme routier, à Arras, en 1983. C'est lui qui inaugurerà la 4^{ème} rue, à Roubaix, en octobre 1987.

M. Gérondeau, Directeur du S. N. P. C., au Centre National d'Études de la Protection Civile



TROIS passants sont témoins d'un accident entre deux voitures qui se sont heurtées à vive allure.

Aussitôt, ils alertent les sapeurs-pompiers. Sous la violence du choc, l'un des véhicules s'est renversé. Les conducteurs sont grièvement blessés l'un et l'autre.

Celui qui conduisait la voiture restée sur ses roues est dans un profond coma. Il est demeuré assis sur son siège, la poitrine plaquée contre le volant. Les sauveteurs ont découvert une importante ecchymose au niveau du sternum, un pied coincé

entre les pédales et probablement fracturé, tandis que la victime saigne abondamment du nez et d'une de ses oreilles.

Quant à l'autre conducteur, il ne paraît pas en meilleure posture. Il est également inconscient et d'une pâleur extrême. Sa tête est passée au travers du pare-brise. Ce qui a entraîné une plaie profonde au front et de multiples éraflures sur le visage.

Comble de malchance, les tôles de la carrosserie ont été tellement tordues que les sauveteurs doivent employer les grands moyens — des instruments de désincarcération — pour le libérer.

Les victimes sont transportées sous surveillance secouriste précise

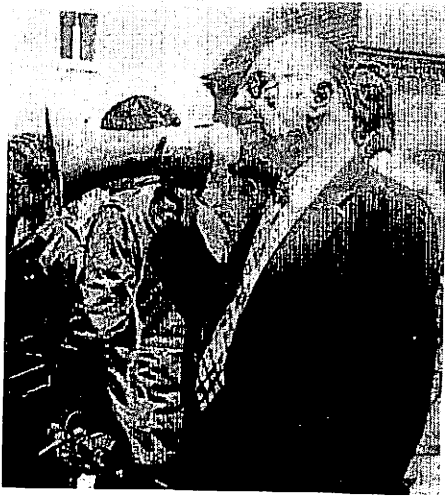
◀ Pour libérer l'automobiliste blessé, les pompiers doivent avoir recours à leurs appareils de désincarcération

Transbordement du blessé de l'ambulance à l'hélicoptère



Dans l'hélicoptère, le blessé est constamment surveillé par un médecin spécialisé en réanimation





Le Dr Arnaud commentant les différentes manœuvres de l'exercice

dans un hôpital primaire. Puis, après examen, le blessé du crâne est dirigé sur le centre spécialisé en neuro-chirurgie du C.H.U. voisin.

Cette évacuation secondaire a lieu sous assistance ranimatrice médicale permanente. Et par hélicoptère, à cause des encombrements signalés sur la route et de l'urgence de l'opération que le blessé doit subir.

Tout au long du trajet, l'état de la victime est surveillé par un médecin ranimateur.

Voici l'exercice auquel s'est livré en présence de M. Christian Gérondeau, directeur du Service National de la Protection Civile et délégué à la Sécurité Routière, le commando de prompt secours des sapeurs-pompiers, dans le cadre enchanteur du Centre National d'Etudes de la Protection Civile à Nainville-les-Roches. Exécuté avec le concours de médecins spécialisés en réanimation et traumatologie routières et notamment du professeur Serres, il a été commenté par le Dr Arnaud qui, comme on le sait, est le père de la médicalisation des secours aux victimes des accidents de la route.

Le but de cet exercice était de bien montrer qu'à l'occasion d'un accident de la route doivent se succéder :

1) les « pré-secours » (gestes élémentaires de survie) dévolus au

« public », « passant » et « premier témoin » ;

2) les « secours » dévolus aux commandos de pompiers-secouristes spécialisés en secourisme routier : gestes manipulateurs, dégageurs, positionneurs et protecteurs des survivants ;

3) un « transport » évacuateur surveillé, assuré par des « transporteurs sanitaires terrestres » pourvus de véhicules adaptés à de tels transports ;

4) un ensemble de « soins médicaux » dévolu aux centres hospitaliers équipés pour soigner les blessés de la route.

Sécurité des deux-roues : objectif prioritaire

Auparavant, M. Christian Gérondeau avait présenté les différentes activités de la Protection Civile et annoncé deux campagnes d'information.

L'une portant sur les dangers de la baignade et des sports nautiques.

L'autre, sur la sécurité des usagers des « deux-roues » dont 3.700 au total ont été tués l'an dernier dans les accidents de la circulation :

- 580 cyclistes,
- 250 vélomotoristes,
- 580 motocyclistes,
- 2.250 cyclomotoristes.

Dans le bilan des morts de la route (13.517), la part des usagers des deux-roues représente plus de 27 %. Ce qui explique, a dit M. Gérondeau, que l'amélioration de leur sécurité et principalement celle des cyclomotoristes soit devenue une priorité de la politique de sécurité routière.

Cette campagne, organisée sur le thème « deux-roues, deux fois plus d'attention », avait pour but d'inciter entre autres les usagers à porter le casque et à se faire mieux voir la nuit sur la route.

Elle était appuyée par des affiches et des messages passés à la radio et à la télévision.

La réunion s'est terminée par la visite de l'école de la Protection Civile et du musée de déminage où ont été réunis de terrifiants explosifs nés de l'imagination folle des hommes, depuis la guerre de 1870.



M. Christian Gérondeau au Centre National d'Etudes de la Protection Civile

Élaboré dans un peu plus de 80 départements

LE PLAN DE SECOURS ROUTIER

a été évoqué à Nainville-les-Roches,
par M. GÉRONDEAU,
parmi les multiples activités
de la Protection Civile

CEST l'hécatombe routière qui, parmi les différentes catégories d'accidents, coûtant chaque année la vie à plus de 40.000 Français et occasionnant des blessures à 500.000 autres, arrive en tête, comme le fléau n° 1, avec un pourcentage voisin de 50% des victimes.

En 2^e position viennent les accidents domestiques, en 3^e les accidents du travail et en 4^e les noyades ou accidents de toutes sortes dus à l'eau (plus de 2.500 personnes meurent noyées chaque année sur nos plages, dans nos rivières ou dans nos piscines).

C'est pour mettre en garde les habitants de ce pays contre tant d'accidents qu'à la veille des grandes vacances 1975 — qui ont donné lieu notamment à une campagne d'information sur les dangers de la baignade et des sports nautiques — le Service National de la Protection Civile organisait, le 12 juin, à l'École de la Protection Civile de Nainville-les-Roches, une journée consacrée à la présentation des activités de ce service, par son directeur, M. Christian Gérondeau, et comportant un exercice de secourisme routier (à partir d'un accident simulé), dont on lira ci-après le thème.

Ce fut une occasion de rappeler que le rôle de la Protection Civile (aujourd'hui dénommée Sécurité civile) consiste, en temps de paix, à prévoir, à tous les échelons, les hypothèses de catastrophes, ainsi que les moyens d'y remédier, et à constituer des équipes de secours.

Devant l'importance des accidents du trafic routier, le plan Orsec (Organisation des secours), que déclenche, à l'échelon départemental, le préfet, alerté par le maire, en vue de coordonner les secours, comporte désormais un volet supplémentaire : le plan de secours routier. Ce plan de mobilisation permanente des secours est, à l'heure actuelle, bien élaboré pour un peu plus de 80 départements.



(Photo J. Tomasik, C.n.e.p.c.)

M. Christian Gérondeau, délégué à la sécurité routière, et son état-major composé de MM. Maltête, sous-directeur du P.C. prévention ; Rozier, responsable du groupement aérien ; Gachignard, chargé des problèmes opérationnels (O.r.s.e.c.) ; Béraud, directeur de cabinet ; Pisa, relations avec la presse.

Il dépend du plan départemental de secours routier de mener à bien les 4 opérations suivantes :

● faire un recensement des établissements hospitaliers, publics ou privés, que leurs installations matérielles et la spécialisation de leur personnel soignant rendent aptes à recevoir et à traiter les polytraumatisés de la route ;

● déterminer autour de ces établissements hospitaliers des secteurs d'intervention pour les divers moyens de transport, en tenant compte du fait que le transport depuis le lieu de l'accident jusqu'au service des admissions de l'hôpital ne doit pas excéder 20 minutes (25 minutes au grand maximum) ;

● établir un recensement, secteur par secteur, des ambulances capables d'assurer le transport confortable d'un grand blessé de la route, en choisissant en priorité les ambulances des Centres de Secours, puis les ambulances des services hospitaliers, ainsi que celles des associations secouristes et, enfin, les ambulances privées, à condition toutefois qu'elles correspondent aux exigences du transport de tels blessés ;

● *mettre au point des dispositions* permettant un dégagement des victimes aussi rapide que possible et un déblaiement de la route dans les meilleurs délais pour permettre une reprise rapide du trafic.

Pour coordonner ces mesures particulières, des sortes de réunions au sommet ont lieu entre le directeur départemental de la Protection Civile, les services de Gendarmerie, les sapeurs-pompiers et les représentants des diverses associations.

L'idéal serait que, dans tous les cas d'accident grave, une ambulance avec un médecin puisse se dérouter pour donner les soins d'urgence et assurer le transport du blessé. C'est souvent impossible par suite du manque de médecins, mais quelques essais ont été faits, qui donnent des résultats très encourageants.

Dans le cadre du plan de secours routier de la Protection Civile, les services hospitaliers d'accueil doivent accepter, dans tous les cas, les blessés de la route qui leur sont adressés et, pour répondre à cette obligation, ils doivent donc disposer d'un service de chirurgie d'urgence et d'un service de réanimation spécialisé. Ceci implique que le chirurgien, le spécialiste de la réanimation

et le personnel hospitalier spécialisé pour le traitement des polytraumatisés soient présents en permanence.

Si, dans des circonstances telles que le « rush » des départs en vacances, le service se trouve dans l'impossibilité d'admettre de nouveaux blessés, le service administratif doit, de toute urgence, en aviser le Commandant de la gendarmerie, afin qu'il n'en résulte aucun retard pour le transport des victimes.

Pour une bonne exécution du plan, il convient de diffuser les connaissances du secourisme adapté aux accidents routiers. C'est pourquoi un hommage a été rendu aux efforts d'enseignement du Secours Routier Français et de ceux qui collaborent à la formation théorique et pratique qu'il prodigue dans ses stages.

De dramatiques erreurs pouvant être commises, après un accident, par des témoins de bonne volonté, mais incompetents, il est primordial de savoir ce que l'on doit faire et ne pas faire, sous peine d'aggraver l'état du blessé.

Un autre point essentiel est la nécessité d'une formation spécialisée donnée aux sapeurs-pompiers, qui sont en principe les premiers à intervenir sur les lieux d'un accident.

Le thème de l'exercice de secours

Roulant à vitesse excessive, 2 automobiles se heurtent durement à un croisement routier. Sous le choc, un des véhicules est renversé.

Cet accident a grièvement blessé les 2 conducteurs, seuls occupants des voitures.

- 1) Le conducteur de la voiture restée sur ses roues est (au moment où les premiers témoins l'aborderont) dans un profond coma ; sa face est très pâle ; il est encore en partie assis sur son siège, mais sa poitrine est plaquée contre le volant ; elle est le siège (au niveau du sternum) d'une importante ecchymose ; la respiration est irrégulière, rapide, superficielle, gênée, peu efficace ; un pied est serré entre les pédales (il est vraisemblablement fracturé). On ne découvre aucune plaie, mais le blessé saigne du nez et de l'oreille gauche.
- 2) Le conducteur de la voiture renversée est également inconscient et pâle ; sa figure est zébrée d'éraflures et porte une profonde plaie au front ; la tête sort en partie du pare-brise cassé. L'extraction (« cueil-



Un exercice de désincarcération, dirigé par M. Gallego.

lette ») de cette victime imposera aux secouristes-sauveteurs un temps préalable de dégagement avec l'emploi des techniques modernes de « désincarcération ».

Ces deux victimes seront transportées sous surveillance secouriste précise dans un hôpital primaire. C'est là qu'après examen, et à la suite de liaisons téléphoniques (ou radio-téléphoniques) médicales entre l'hôpital primaire et le centre spécialisé en neuro-chirurgie du



Le Professeur Arnaud dirigeant les exercices.

C.H.U voisin, on va mettre en condition le transport (évacuation secondaire) et transporter *sous assistance ranimatrice médicale permanente* le blessé crânien dont les soins ne peuvent être assurés dans l'hôpital primaire.

spécialisés en secourisme routier) : gestes manipulateurs, dégageurs, positionneurs et protecteurs des survies ;

3) un « transport » évacuateur surveillé, dévolu à des « transporteurs sanitaires terrestres » (pourvus de véhicules adaptés à de tels transports) ;

4) un ensemble de « soins médicaux » dévolus aux centres hospitaliers équipés pour soins aux blessés de la route.

Le Professeur Serre et le Professeur Hennequin dirigeant les exercices de transport de blessés par hélicoptère.



CONNAITRE LES GESTES QUI SAUVENT rappelle la Protection civile

Cette évacuation secondaire sera ici (cas particulier à ce blessé, gêne par encombrements routiers du trafic, urgence très formelle de l'opération neuro-chirurgicale prévue...) effectuée par un hélicoptère, et entièrement surveillée par un médecin ranimateur.

Par convention d'exercice, les services de police et de gendarmerie ne seront pas concernés par les habituels problèmes posés par l'alerte et sa diffusion (problèmes prévus et résolus par les plans départementaux de secours aux blessés de la route).

C'est un groupe de 3 « passants », mais des passants informés des gestes immédiats de « pré-secours » (gestes élémentaires de survie), qui donnera l'alerte directement aux sapeurs-pompiers (commando de prompt-secours).

Cet exercice se proposait de montrer avec netteté qu'à l'occasion d'un accident de la route doivent se succéder :

1) des « pré-secours » (gestes élémentaires de survie) dévolus au « public : « passant » et premier témoin ;

2) des « secours » (dévolus habituellement à des « commandos » pré-préparés de pompiers-secouristes



Le Professeur Serre, de Montpellier, chef des services de réanimation, intervenant à bord de l'hélicoptère.

Il est évident qu'il importe autant que possible de « médicaliser » les secours et les transports (au besoin par télé-conseils radiophoniquement distribués, à défaut d'une présence médicale ranimatrice directe).

DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE

SC/CAB 9/121 bis

PARIS, LE 7 FEVR 1977

LE DIRECTEUR DE LA SECURITE CIVILE

DECIDE

Article 1 : Les instances médicales consultatives de la Direction de la Sécurité Civile sont constituées par :

- des Conseillers Techniques Permanents,
- une Commission Médicale Consultative.

Les Conseillers Techniques et les membres de la Commission Médicale Consultative sont nommés par le Directeur de la Sécurité Civile.

Article 2 : CONSEILLERS TECHNIQUES PERMANENTS

Les Conseillers Techniques Permanents ont pour mission d'étudier l'ensemble des problèmes d'ordre médical se rattachant à l'organisation des services d'incendie et de secours, notamment :

- la qualité des secours sur le plan médical,
- la formation des personnels,
- le rôle des médecins de sapeurs-pompiers dans la médicalisation de secours.

- le contrôle médical des sapeurs pompiers,
- la coordination de l'action des sapeurs pompiers avec les services relevant du Ministère de la Santé.

En tant que de besoin, ils peuvent être chargés, par le Directeur de la Sécurité Civile, de toutes missions jugées utiles dans le cadre de leurs attributions.

*

Article 3 : COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE

Présidée par le Directeur de la Sécurité Civile ou son représentant, la Commission Médicale Consultative est composée de personnalités choisies en raison de leur compétence.

Les Conseillers Techniques Permanents en sont membres de droit.

Pour l'essentiel, elle a pour mission d'examiner périodiquement l'ensemble des questions médicales spécifiques aux secours, en temps de paix, intéressant la Direction de la Sécurité Civile.

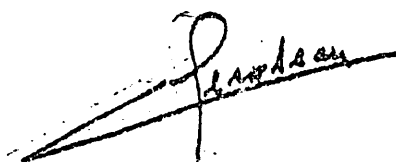
Elle siège en formation plénière au moins deux fois par an, sur convocation du Directeur de la Sécurité Civile. Des groupes de travail peuvent être constitués en son sein.

La Commission Médicale Consultative peut entendre toute personne dont la compétence s'avérerait utile à l'examen des problèmes qui lui sont soumis.

Article 4 : SECRETARIAT

Le Secrétariat des Conseillers Techniques Permanents et de la Commission Médicale Consultative est rattaché au Bureau des Plans de Secours de la Direction de la Sécurité Civile.

Fait à PARIS le 7 FEVR 1977



DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE

SC/CRAB 91: 147 bis

PARIS, LE 16 FEVR 1977

LE DIRECTEUR DE LA SECURITE CIVILE

VU la décision du 7 février 1977 portant création et attributions des instances médicales de la Direction de la Sécurité Civile,

DECIDE

Art. 1 : Conseillers Techniques Permanents

Sont nommés en qualité de Conseillers Techniques Permanents auprès du Directeur de la Sécurité Civile :

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Charles PRIM, Médecin Chef départemental des Services d'Incendie et de Secours du Var,

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Pierre DUFRAISSE, Médecin-Chef départemental des Services d'Incendie et de Secours des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse.

Art. 2 : Commission Médicale Consultative

Sont nommés membres de la Commission Médicale Consultative :

- M. le Médecin Colonel Gabriel ALBA, chargé de mission à la Délégation de la Sécurité Routière,

- M. le Professeur Marcel ARNAUD, membre de l'Académie de chirurgie, professeur au Centre National d'Etudes de la Sécurité Civile,

.../...

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Roger COUZINET, Médecin-Chef de la Brigade des Sapeurs Pompiers de PARIS - Infirmerie principale - Caserne de Port Royal,

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel François DHOMPS, Médecin-Chef départemental du Service d'Incendie et de Secours de l'Ariege,

- M. le Médecin Colonel Paul GARNIER, président de la Commission Médicale de la F.N.S.P., Médecin-Chef départemental du Service d'Incendie et de Secours du Maine-et-Loire,

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Michel HERAUT, Médecin-Chef départemental du Service d'Incendie et de Secours du Pas-de-Calais,

- M. le Professeur Alain LARCAN, Professeur agrégé, Directeur du S.A.M.U. de Nancy,

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Bernard DURIER, Médecin-Chef départemental des Yvelines,

- M. le Médecin Lieutenant-Colonel Georges PETTENATI, Médecin-Chef aux Houillères du Nord Pas-de-Calais,

- M. le Médecin Commandant Michel RICHARD, Médecin-Chef de l'Unité de Sécurité Civile n° 7 de Brignoles,

- M. le Docteur Pierre ROBIN, Médecin Capitaine du Centre de Secours d'Aubagne (Bouches-du-Rhône)

- M. le Professeur Louis SERRE, Directeur du S.A.M.U. de Montpellier, Médecin Lieutenant-Colonel, Médecin-Chef départemental du Service d'Incendie et de Secours de l'Hérault,

- M. le Docteur Jean-Claude VIGNON, Médecin Capitaine du Centre de Secours de Lezay (Deux Sevres)

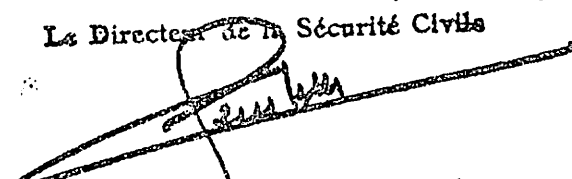
- M. le Professeur Agrégé Maurice CARA, Directeur du SAMU de PARIS,

- M. le Docteur Philippe MENTHONNEIX, Directeur du SAMU de GRENOBLE.

Fait à Paris, le

16 FEVR 1977

Le Directeur de la Sécurité Civile


Christian GERONDEAU

Un raccourci de ce tome IV correspond à l'ouvrage intitulé « La route en toute sécurité », Edition « La table Ronde », 1973*₁.

Notamment les pages 177 à 206 consacrés à l'accident et les secours.

On appréciera la clarté de l'auteur (J.P. PHILIPPE) à propos des « gestes qui les sauvent » :

« Qui, sinon les premiers témoins ?

Problème primordial : Instruire le grand public.

... il est souhaitable que tout le monde connaisse « les gestes qui sauvent ».

Et on y retrouve nos « 5 gestes ».

Et....

« Secourir ne veut pas dire soigner ». Ce dont devraient vraiment s'inspirer ceux qui ont une responsabilité dans le blocage actuel – qui dure depuis tant d'années !

Il reprend le témoignage du Professeur ARNAUD*₂ sur l'accident tragique dont il avait été le témoin en 1954 près d'Aix en Provence.

Et l'exemple de Salon.

*1 Remis à la bibliothèque municipale de Lys lez Lannoy le 3 juin 2004 pour alimenter la rubrique « sécurité routière » créée à la demande du CAPSU.

*2 Témoignage sur le site Internet du CAPSU, depuis septembre 2006, pour tous.