

*Marcel ARNAUD*

***LA PROVIDENCE***  
**des blessés de la route**

*par Didier BURGGRAEVE*  
*Président du CAPSU*

***Tome II - Janvier 1999***



*de gauche à droite :*

*le Professeur SERRE, le Médecin-Colonel PRIM,  
le Professeur ARNAUD, le Professeur JOLIS,  
le Médecin-Colonel DUFRAISSE, et, assis,  
M. ARNAUD alors Directeur de Nainville.*

*Marcel ARNAUD*

**LA PROVIDENCE  
des blessés de la route**

Ce tome II à la mémoire du Professeur Marcel ARNAUD et destiné à rappeler son œuvre avec l'aide d'une poignée de Fidèles est dédié au

**Médecin-Colonel Pierre DUFRAISSE**

*Médecin de l'urgence au secours des  
accidentés de la route  
Disciple de Marcel ARNAUD*

On le retrouve sur la photo ci-dessous au cours de l'un de ces multiples stages de Secourisme routier.

On lira plus loin la lettre qu'il écrivit à Marcel ARNAUD le 31.1.1960 en lui faisant parvenir une étude sur la place des médecins de sapeurs-pompiers dans l'organisation des secours aux blessés (du 20.10.1959).

Désormais les deux hommes oeuvreront ensemble pour le plus grand bien des accidentés de la route.

**STAGE DE SECOURISME ROUTIER N° 939**

(29 au 31 MARS 1972)



Stage réservé à des médecins et étudiants en pharmacie.

La Secrétaire du stage, Mlle LEGRAND remet un œuf de Pâques et un souvenir à ses professeurs, les docteurs ARNAUD, SERRE et DUFRAISSE.

Autour de la table figurent de gauche à droite : M. le Lt-Colonel BESSON, M. le Professeur ARNAUD, M. le Sous-Préfet ARNAUD, M. le Professeur SERRE, M. BOTTOLIER (pharmacien), Mlle LEGRAND (étudiante en pharmacie), M. le Sous-Préfet ARRIGHI, M. le Docteur PULSFORD (président du stage), M. le Docteur FILORGE (médecin de sapeurs-pompiers dans l'Indre) et M. le Docteur DUFRAISSE (médecin-chef des sapeurs-pompiers du Vaucluse).

## HOMMAGE AU PROFESSEUR LOUIS SERRE

Avant de poursuivre ce tome II, rendons Hommage à Louis SERRE, ami très proche, fidèle de Marcel ARNAUD, fondateur du SMUR puis du SAMU de Montpellier, qui est mort le 11 novembre 1998.

Espérant pouvoir nous rejoindre à Marseille le dimanche 17 août 1997 pour la cérémonie à la mémoire du Professeur ARNAUD, le Professeur SERRE, malgré la maladie et la fatigue et le fait qu'il écrivait très rarement, m'avait adressé la lettre manuscrite ci-après, postée le 4 août 1997 de son village de Saint-Laurent-le-Minier.

Il venait, avec son épouse, de lire le tome I dans lequel est relaté l'inauguration de la première rue de France portant le Nom de Marcel ARNAUD, à Lys les Lannoy, siège du CAPSU, par lui-même, en 1985.

En complément de ce qui a été publié dans le tome I, quel plus bel Hommage pouvons-nous lui rendre en rappelant ce qu'il a initié à Montpellier par cet article paru dans la revue "Vie et Bonté" de la Croix-Rouge Française, n° 184, de juin-juillet 1968.

Monsieur le Président CAPSU  
Richard Burggrave  
Centre d'Action pour le Proximité  
pour les Secours d'urgence

59390 Lys les Lannoy.



Saint Laurent le Minier

Cher Ami.

Nous avons ma femme et moi  
reçu hier votre lettre et je  
faisicelle sur Marcel Arnaud  
avec de moments ces documents  
nous ont fait revivre

Voltaire qu'il fit créer  
Nunville avec les premiers  
stages de Secours National  
avec la participation de  
Robert Dejoie et Paris yoli  
entre autres sans oublier  
le sacre Prefet Arzighi  
le profet Perrone Pradein  
Et Jean Pierre Dufrain.

En espérant prochainement  
à Marseille le 10 Aout  
je vous prie d'accepter mes  
sentiments les plus cordiaux.

J. L.

**S. O. S. Montpellier**

## la Croix-Rouge et le service mobile urgence et réanimation

par C. DE PEYERIMHOFF,

Conseillère technique du Service Automobile Sanitaire  
de la C. R. F.

**S**i la naissance du Service des conductrices de la Croix-Rouge Française eu lieu en septembre 1939 sous le signe de l'armée, sa vie d'adulte l'a amené à pratiquer de nombreuses reconversions, sans pour autant oublier sa vocation première : préparation de réserves. Pionnier dans l'âme il cherche sa voie au travers des conditions nouvelles de la vie.

Il a, en 1946, au moyen de ses camions de consultations ambulantes de nourrissons, apporté son concours à l'enfance ; maintenant, il cherche à s'intégrer dans les systèmes qui se créent au bénéfice des accidentés de la route.

Il y est particulièrement préparé.

Ses Sections, créées pour la formation et l'entraînement d'une réserve d'ambulancières, vivent par auto-financement et au long des milliers de kilomètres que font ses conductrices, transportant malades et blessés.

Le drame de la route, prenant une ampleur inquiétante, matériel, personnel, coordination des mouvements, tout cela commence à se présenter d'une façon rationnelle et souvent remarquable.

Si chacune des Sections transporte, dans les meilleures conditions de temps et de technique, un nombre important de blessés de la route chaque année, certaines ont fait un pas en avant vers l'organisation recherchée par les pouvoirs publics.

De haut en bas :

*L'ambulancière reçoit un appel dans la voiture*

*Le professeur Louis Serre à l'écoute*

*Centre de « dispatching »*

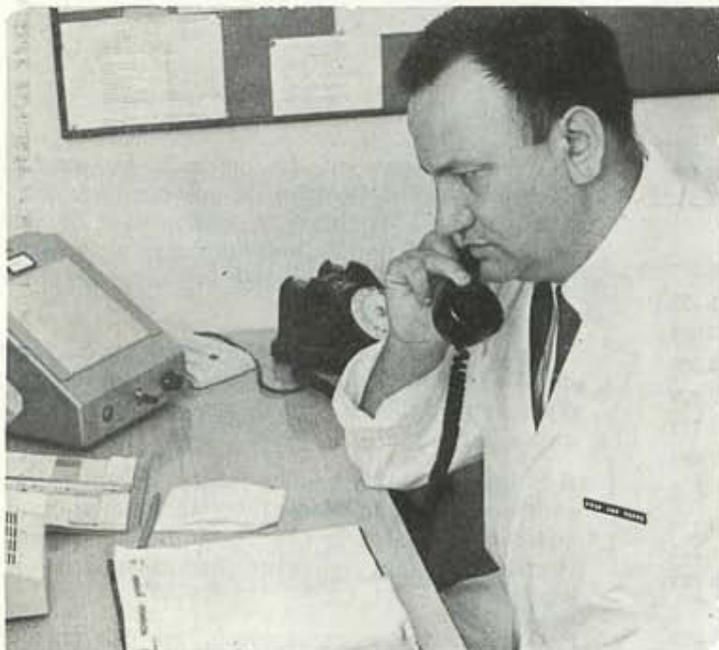




Photo Médecine Mondiale

Transport secondaire. Ambulance de grande réanimation

### Activités des sections automobiles sanitaires en 1967

Sections.	Kilomètres.	Missions.	Malades.
Angers et sous-sections. . . . .	1 318 420	48 108	75 307
Avignon. . . . .	198 591	4 099	4 352
Belfort. . . . .	96 255	2 551	2 657
Lyon. . . . .	540 377	4 370	5 236
Metz. . . . .	526 583	24 766	26 459
Montpellier. . . . .	335 160	4 855	4 527
Mulhouse. . . . .	249 130	13 077	12 892
Nancy. . . . .	85 646	363	566
Orléans. . . . .	222 935	10 816	10 658
Paris. . . . .	132 477	1 269	1 333
Rennes. . . . .	200 249	4 412	4 883
Toulon et sous-sections. . . . .	565 883	16 930	16 243
Toulouse. . . . .	473 943	13 386	13 905

Les animateurs du S. M. U. R.



Photo Médecine Mondiale

Des conventions ou des accords régissent, à l'heure présente, l'emploi de nos conductrices, à Montpellier, à Toulouse, à Mulhouse, à Toulon. Mais la réalisation la plus importante, la mieux conçue, la plus harmonieuse est celle de Montpellier.

Nous en avons déjà parlé dans plusieurs numéros de *Vie et Bonté*, mais nous ne saurions négliger d'y revenir dans ce numéro spécialement destiné aux « accidents ».

Il est incontestable que les succès des entreprises sont dus à la qualité des hommes qui en ont la charge, et aussi à la chance qui fait se rencontrer au moment opportun les moyens et les esprits.

Par une heureuse conjugaison, des éléments de succès se retrouvaient à Montpellier, le Ministère des Affaires sociales, la Protection civile, la Croix-Rouge ont harmonisé leurs moyens d'action; les animateurs se sont révélés, la bonne entente a régné, l'esprit d'équipe a joué.

Nous avons déjà nommé dans le numéro de décembre de *Vie et Bonté*, la Protection civile avec M. GUIRAUDEN, l'Action sanitaire et sociale avec le docteur POLGE, M<sup>lle</sup> BARAT et le docteur MIDROUILLET, et au Centre hospitalier de Montpellier, le professeur DU CAILAR et le professeur SERRE.

La bonne chance a voulu que, dans le cadre de la Croix-Rouge Française, M<sup>lle</sup> ROUANET, chef de Section, à cause de son calme, de sa compétence, de son goût de l'organisation, soit totalement soutenue par M. le docteur ESTOR et l'intendant général GASTINE, respectivement président du Conseil départemental et président du Comité.

Une bonne fée avait donc présidé à la naissance de cette organisation en réunissant à Montpellier

des esprits qui ne manquaient ni de compétence, ni de flamme, ni de cette confiance dans leurs collaborateurs qui sont un élément de succès.

Le cadre du Centre hospitalier a permis la concentration nécessaire pour la marche sérieuse et rapide des opérations de secours.

A l'intervention des sapeurs-pompiers pour la désincarcération des accidentés et des conductrices avec leurs ambulances, s'ajoute celle des hélicoptères dont l'aire d'atterrissage est dans l'enceinte du Centre hospitalier à proximité du Département d'anesthésie-réanimation et du P. C. du S. M. U. R. (Service Mobile Urgence et Réanimation).

Dans le numéro d'octobre 1967 des précisions ont été données sur l'installation pratique des conductrices à l'hôpital, et je n'y reviendrai que pour souligner l'intérêt que représente un tel P. C. qui permet à la fois un travail bien fait et rapide au moyen de tous les perfectionnements du téléphone et de la radio, et une détente nécessaire pour un personnel dont on attend beaucoup.

Tout le matériel de réanimation qu'utilisent les conductrices nécessite une connaissance, une adaptation parfaites.

Elles sont ainsi devenues de véritables spécialistes, sous la direction d'un externe du Département d'anesthésie réanimation qui est à bord de l'ambulance d'urgence.

Puisse l'exemple de Montpellier permettre à d'autres S. M. U. R. de semer sur les routes de France ces havres de salut dont nos automobilistes ont tristement besoin, pour qu'à l'énoncé de 250 blessés graves au lendemain d'un week-end on puisse espérer qu'une large fraction soit sauvée ou tout au moins sérieusement améliorée.

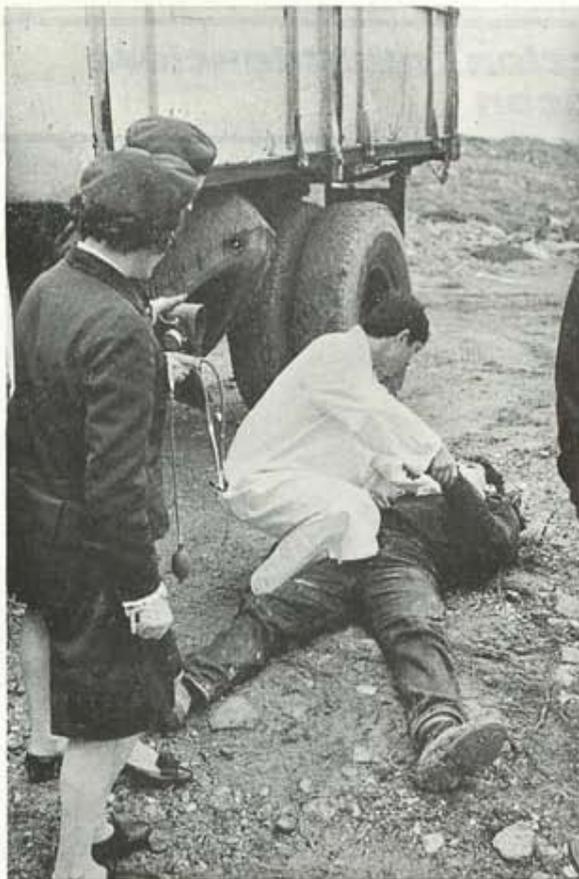


Photo Médecine Mondiale

Fracture du crâne... en sortant de son camion

Un transport primaire. Ambulance équipée avec matelas antichoc. Réserve de sang. Appareils de réanimation



Photo Médecine Mondiale

LES ARCHIVES DU PROFESSEUR MARCEL ARNAUD

Au cours de l'été 1998, j'ai rencontré à nouveau le Docteur François NEUVEUX de Sisteron, qui était présent à Marseille le 17 août 1997 pour le 20ème anniversaire de la disparition de Marcel ARNAUD.

Il a bien voulu me remettre les archives qui étaient toujours en sa possession et qu'il conservait précieusement, en accord avec la fille du Professeur ARNAUD.

J'ai l'honneur et le privilège désormais de disposer de ces documents historiques et exceptionnels qui seront utilisés pour la rédaction de ces différents tomes à la mémoire de Marcel ARNAUD. On trouvera, ci-dessous, de sa main, des statistiques, de 1965 à 1975 avec le "pourcentage de mortalité".

Accidents de la route  
(Statistiques annuelles)

	Vichins	Morts	% de mortalité
1965	302 476	12 150	4.02
1966	302 257	12 158	4.02
1967	314 841	13 585	4.31
1968	326 587	14 274	4.37
1969	325 937	14 664	4.50
1970	337 250	15 050	4.45
1971	369 599	16 213	4.39
1972	404 760	16 621	4.10
1973	390 297	15 636	4.00
1974	363 571	13 521	3.91
1975	366 920	13 170	3.58



**Professeur Paul BOURRET**

Le Professeur Paul BOURRET était parmi nous le 18 août 1987 pour l'Hommage National rendu à Marseille au Professeur Marcel ARNAUD avec, à ses côtés, notamment, Louis SERRE et le Médecin-Colonel Pierre DUFRAISSE.

Au cours de nos conversations, il me dit très simplement que "c'est le Professeur ARNAUD qui lui avait demandé de mener une expérience de médicalisation des secours à Salon, ville où pouvait être tentée une telle expérience".

Le tome I dédié au Professeur Paul BOURRET, fondateur du premier SMUR (appelé antenne de réanimation et même ailleurs G.M.U.R) en 1956-57 à Salon de Provence a été adressé au Maire ainsi qu'au directeur de l'hôpital de cette ville.

De ce fait, nous avons pu obtenir quelques précisions supplémentaires sur cette création.

Le directeur de l'hôpital, par un courrier en date du 15 septembre 1998 nous remet un historique dans lequel on relève avec plaisir la mention du "Docteur Marcel ARNAUD" précurseur.

Pour compléter ce document, l'interview de Paul BOURRET publiée dans la revue "Sécurité routière" en 1960 (retrouvée dans les archives de Marcel ARNAUD, mais uniquement les pages 7 et 8) affine encore notre connaissance de cette action pilote.

30 ans plus tard, il est quand même symptomatique de constater le rôle nocif des détracteurs (eux-mêmes médecins) d'une telle expérience exceptionnelle et efficace !

Ce type de raisonnement qui consiste à "combattre violemment" une idée concrète, novatrice, qui vient d'un autre, nous coûte cher en vies humaines perdues par des hommes dont le métier est de les sauver ! Aujourd'hui, pour le premier maillon des secours aux accidentés de la route, on retrouve cette obstruction de quelques-uns qui prétendent que les premiers témoins ne seront pas capables d'appliquer les gestes qui sauvent !

Le Professeur BOURRET fait le tour du problème de son expérience par une allocution publiée dans un bulletin de juillet 1967.



Salon-de-Provence, le 15 septembre 1998

Le Directeur du Centre Hospitalier  
de SALON-de-PROVENCE

à

**Le Directeur**

Monsieur Didier BUGGRAEVE, Président  
du Conseil d'Action pour la Prévention  
des Accidents et les Secours d'Urgence  
« C.A.P.S.U. »  
59390 - LYS LEZ LANNOY

N/Référence : N° 394/CL-AL

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur d'accuser réception du tome I d'un document hommage au Professeur Marcel ARNAUD, précurseur de nos SAMU et dédié au Professeur Paul BOURRET, fondateur du premier SMUR de FRANCE en 1957.

Pour vous permettre d'aller plus loin pour les tomes à venir sur l'expérience de SALON, je vous prie de trouver sous ce pli quelques informations historiques retraçant l'évolution des secours médicalisés sur le Secteur Sanitaire de SALON-de-PROVENCE.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes salutations distinguées.

Le DIRECTEUR,

C. LACASSIN

**- CENTRE HOSPITALIER -**

207, avenue Julien Fabre - B.P. 321 - 13658 SALON-DE-PROVENCE CEDEX  
Secrétariat ☎ : 04 90 44 93 04 - Télécopie : 04 90 56 61 45

## A . HISTORIQUE

Nous nous proposons de retracer l'évolution des secours médicalisés sur le secteur sanitaire de SALON DE PROVENCE et rendre ainsi hommage au Professeur BOURRET , fondateur de la première antenne de réanimation française .

Plusieurs étapes apparaissent :

### \* 1<sup>er</sup> étape : la création ♦ 1957

Pendant les années cinquante , les pays industrialisés doivent faire face à un nouveau fléau des temps modernes : l'accident de la route .

En 1953 , un décret ayant trait à la mission des sapeurs pompiers stipule que ceux-ci sont chargés d'assurer les premiers soins aux blessés de la route . Les victimes sont nombreuses , les interventions quotidiennes , mais après le sauvetage , que faire ? qui appeler ? c'est ici que se pose le problème de l'évacuation .

Il a fallu plusieurs années de discussions , parfois passionnées pour comprendre qu'un blessé de la route est particulièrement fragile et qu'il doit être relevé avec de multiples précautions afin d'éviter d'aggraver ses lésions . Ceci exige des sauveteurs qualifiés et du matériel sophistiqué .

Ainsi naît un nouveau concept : la traumatologie routière dont le précurseur est le Docteur Marcel ARNAUD , chirurgien des hôpitaux de MARSEILLE. Il va montrer le rôle primordial des associations lésionnelles et des phénomènes de décélération , créant ainsi la notion de " polytraumatisé " .

Les blessés de la route deviennent une préoccupation majeure des traumatologues après le congré de chirurgie de 1957 au cours duquel l'intervention rapide d'un médecin sur les lieux d'un accident est mise en valeur .

Elle justifie l'organisation de moyens mobiles de secours d'urgence médicalisés .

Le centre hospitalier de SALON DE PROVENCE , situé au coeur des grands axes routiers PARIS-PROVINCE ( A7 . N7 . N113 ) reçoit un nombre élevé d'accidenté de la route .

En 1957 , le taux de mortalité après accident de la route est de 7% pour la région et de 5,75% pour la FRANCE .

Suivant de près les travaux du Docteur ARNAUD , le Professeur BOURRET, chef de service de chirurgie émet l'idée de la délimitation de zones d'interventions à l'intérieur desquelles se déplacerait une antenne mobile de réanimation médicale .

L'aspect précurseur est représenté par l'intervention direct d'un médecin sur les lieux d'un accident pour y donner les premiers soins .

Grâce à l'aide financière du conseil général des BOUCHES-DU-RHÔNE et

de la ville de SALON DE PROVENCE ; à l'appui sans réserve de Monsieur HASS-PICARD , préfet des BOUCHES-DU-RHÔNE et de la prévention routière qui offre la première ambulance ; l'antenne expérimentale de SALON DE PROVENCE est inaugurée le 1<sup>er</sup> Septembre 1957 .

#### \* ORGANISATION GENERALE DE L'ANTENNE DE REANIMATION

a) Zone d'intervention : La limitation du secteur faisait l'objet d'un arrêté préfectoral correspondant au territoire d'activité du centre hospitalier de SALON DE PROVENCE. L'ambulance devait atteindre les points extrêmes en 30 minutes , le rayon d'action étant de 25Km environ .

Le secteur couvrait 31 communes avec la majeure partie des grands axes routiers .

b) L'alerte : Avec le concours de l'Automobile Club de MARSEILLE-PROVENCE , des postes téléphoniques furent installés tout les 5Km le long des principaux axes routiers . Des postes d'appels supplémentaires devaient être mis en place à proximité des " points noirs " .

L'alerte parvenait pratiquement toujours à la gendarmerie , qui répercutait l'appel au centre de secours principal des sapeurs pompiers.

c) Organisation médicale : Une garde est assurée par l'ensemble des internes du centre hospitalier . En 1961 , deux internes d'anesthésie-réanimation sont rattachés à l'antenne de réanimation afin d'améliorer son efficacité .

d) Fonctionnement : Après réception de l'appel au centre de secours des sapeurs-pompiers , l'ambulance ( surnommée : " la routière " ) se dirige vers le centre hospitalier pour y prendre un médecin et se rendre sur le lieu d'intervention .

Le blessé est ensuite transféré vers le service d'accueil de chirurgie du centre hospitalier .

Un effort financier important est effectué à SALON DE PROVENCE pour disposer de l'ensemble du matériel spécialisé , indispensable au traitement des blessés de la route .

44 sorties permettant de secourir 88 blessés sont réalisées pendant la première année d'existence de l'antenne de réanimation . L'ONSER ( Organisation Nationale de la Sécurité Routière ) suit de près l'activité de l'antenne , et un vaste programme de recherche est mis en place afin d'étudier les moyens de diminuer la gravité des accidents de la route .

En 1958 , dans la revue du Centre National de Transfusion Sanguine , le Professeur BOURRET et le directeur du CTS de l'Yonne , le Docteur MOUTARDE , évoquent pour la première fois la nécessité d'une organisation à l'échelon national permettant de donner les premiers soins aux blessés de la route .

Cette même année , la " routière " effectua 132 interventions et 304 blessés furent transportés . L'activité maximale de l'antenne de réanimation coïncidait avec les vacances . C'est à dire , pendant les mois de Juillet et Septembre, période au cours de laquelle les accidents de la route étaient plus fréquents sur le secteur sanitaire de SALON DE PROVENCE .

En 1963 , l'antenne de réanimation permet de secourir 466 blessés lors de 270 interventions .

\* 2<sup>eme</sup> étape : 1965 - 1982 : Naissance du SMUR .

En 1965 , 60% des polytraumatisés de la voie publique mourraient dès la première heure , 10% au moment de l'accident et 50% pendant le transport .

" la sortie de l'hôpital hors de ses murs " est nécessaire pour prodiguer les premiers soins aux blessés et limiter la mortalité par accident de la route .

Les pouvoirs publics en sont bien conscients . En effet , le 5 Novembre 1965, un décret ministériel oblige les établissements hospitaliers figurant sur un arrêté à se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence .

Les hôpitaux ont alors la possibilité de passer une convention avec des organismes publics ou privés . Cette convention détermine les modalités de collaboration dans le cadre des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, communément appelé SMUR : Service Mobile d'Urgence Réanimation .

Le 2 Juin 1969 , soit après douze années d'existence , la première convention est signée à SALON DE PROVENCE entre la mairie - l'hôpital - les sapeurs pompiers . Dans les années 70 ; avec la mise en place d'ambulances de réanimation modernes équipées de matériel spécifique autorisant la réalisation de techniques jusque là réservées à l'hôpital va se développer le secours à domicile pour des sujets en état de détresse .

Le mois de Novembre 1975 est un nouveau tournant pour le SMUR de SALON DE PROVENCE puisqu'un service d'urgence-réanimation est créé au sein de l'hôpital pour accueillir les patients transportés par le service mobile d'urgence .

\* 3<sup>eme</sup> étape : 1982 - 1990

C'est la dernière évolution , transformation non plus des techniques , de la stratégie des secours et des soins , mais nouvelle orientation dans la doctrine de l'organisation .

Le 30 Avril 1982 , l'article 2 de la convention du 2 Juin 1969 est révisé ( annexe-1 ) , le corps des sapeurs-pompiers fournit au SMUR un véhicule Radio-Médicalisé équipé d'un matériel très moderne permettant de réaliser l'ensemble des gestes de réanimation nécessaires au traitement de détresse et à la mise en condition des victimes avant leur transport sur le centre hospitalier .



M. le Professeur P. BOURRET

## Interview du Professeur Paul Bourret

Organisateur du Centre Expérimental de Secours  
aux Blessés de la Route de Salon-de-Provence

Les lecteurs de **SECURITE ROUTIERE** se souviennent de la visite que nous avons faite au Professeur Bourret, à Salon-de-Provence, lorsqu'il avait installé son antenne chirurgicale. Il nous avait montré à l'époque ce qu'il avait réalisé et dit les espoirs qu'il mettait dans cette réalisation.

Récemment, le Professeur Thommeret, au cours des Assises Nationales de la Route, a violemment combattu ce genre d'antenne en déclarant qu'il était préférable de transporter directement les blessés à l'hôpital, plutôt que d'attendre sur le bord de la route l'arrivée de l'antenne qui ne pourra pas commencer la réanimation rationnelle efficace.

A la suite de ces déclarations, et après deux ans de fonctionnement du service du Professeur Bourret, il était donc intéressant d'aller demander à celui-ci, sur place, si ses espoirs avaient été réalisés, quelles étaient les conditions de fonctionnement de son organisation et ses réactions après les déclarations du Professeur Thommeret.

**Q.** — Quelles sont les observations que vous avez faites sur le fonctionnement de votre antenne chirurgicale ?

**R.** — Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1957, nous fonctionnons de façon régulière. Les mois d'été nous sortons à peu près tous les jours. Par contre, certains mois d'hiver, nous avons évidemment une activité très réduite. Cependant, le système de notre organisation est basé sur une permanence pendant toute l'année.

Le nombre d'accidents demeure stationnaire mais les jours de pointe de ces accidents sont extrêmement variables. C'est ainsi par exemple que l'année dernière pendant les vacances de Pâques, nous n'avons pratiquement pas eu d'accidents, alors qu'au dernier Noël, la veille, l'avant-veille et le jour même du 25 décembre ont été catastrophiques. Je ne sais à quoi cela tient. Peut-être parce que les automobilistes se font un itinéraire précis pour Pâques et la Pentecôte, alors qu'à Noël les sorties sont familiales et plus imprévisibles.

A ce jour nous comptons environ 400 sorties qui nous ont amenés 450 blessés secourus. D'autre part, on nous amène directement en clinique 60 % des blessés de la route. Les 40 % restant étant conduits par d'autres moyens. C'est compréhensible, beaucoup d'estivants de passage dans notre ville ignorent que nous possédons une antenne qui peut se rendre sur place. Des usagers serviables nous amènent donc des blessés directement à notre hôpital.

Le nombre des blessés de la route est supérieur au nombre de ceux que nous ramassons. Dans cette même

période où nous avons pris 450 blessés, nous en avons reçu 800.

**Q.** — A votre connaissance, existe-t-il des voitures semblables à votre antenne chirurgicale à l'étranger ?

**R.** — Je ne crois pas. L'Italie et la Belgique s'intéressent très fortement à la question, mais n'ont encore rien réalisé d'effectif. Je crois savoir qu'il existe des voitures de secours aux Etats-Unis, mais je ne pense pas qu'il y ait des médecins à bord de ces véhicules.



La réanimation des blessés est pratiquée sur place dès l'arrivée du véhicule.

VOIR PAGE SUIVANTE

Toutefois, une organisation semblable à la nôtre existe dans le région de Edelmerg, en Allemagne. Le véhicule contient une petite salle d'opération ambulante où l'on peut donner des soins et même faire un examen radioscopique. La réalisation d'Edelmerg se limite à un itinéraire d'autostrade, mais n'a pas basé son action sur un matériel de premier secours léger et susceptible de se déplacer très rapidement. Je pense que l'antenne d'Edelmerg serait moins pratique si elle était obligée de rayonner sur des petites routes comme nous le faisons.

En France un certain nombre d'organisations similaires à la nôtre, ont été mises sur pied à Villefranche-sur-Saône, à Aix-en-Provence et puis à Avignon. Dans la Seine-et-Oise, le Professeur Judé, à partir de l'hôpital Raymond-Poincaré, s'intéresse à un segment de l'autoroute de l'Ouest, et envoie un externe de l'hôpital avec un véhicule, un petit peu comme nous le faisons à Salon.

**Q.** — Avez-vous des résultats quant au nombre des blessés transportés dans les autres régions ?

**R.** — Non, je n'en ai aucun. Je n'ai aucune autorité sur les autres organisations qui sont rattachées à un établissement qui a son statut propre.

Nous avons passé la période expérimentale et il y a actuellement des opinions différentes sur l'utilité des antennes chirurgicales. Mais ceux qui veulent mon-

ter une antenne comme la nôtre peuvent le faire rapidement, facilement, puisque le Ministère de la Santé Publique est d'accord pour la réalisation de telles antennes.

**Q.** — Comment alimentez-vous votre antenne ?

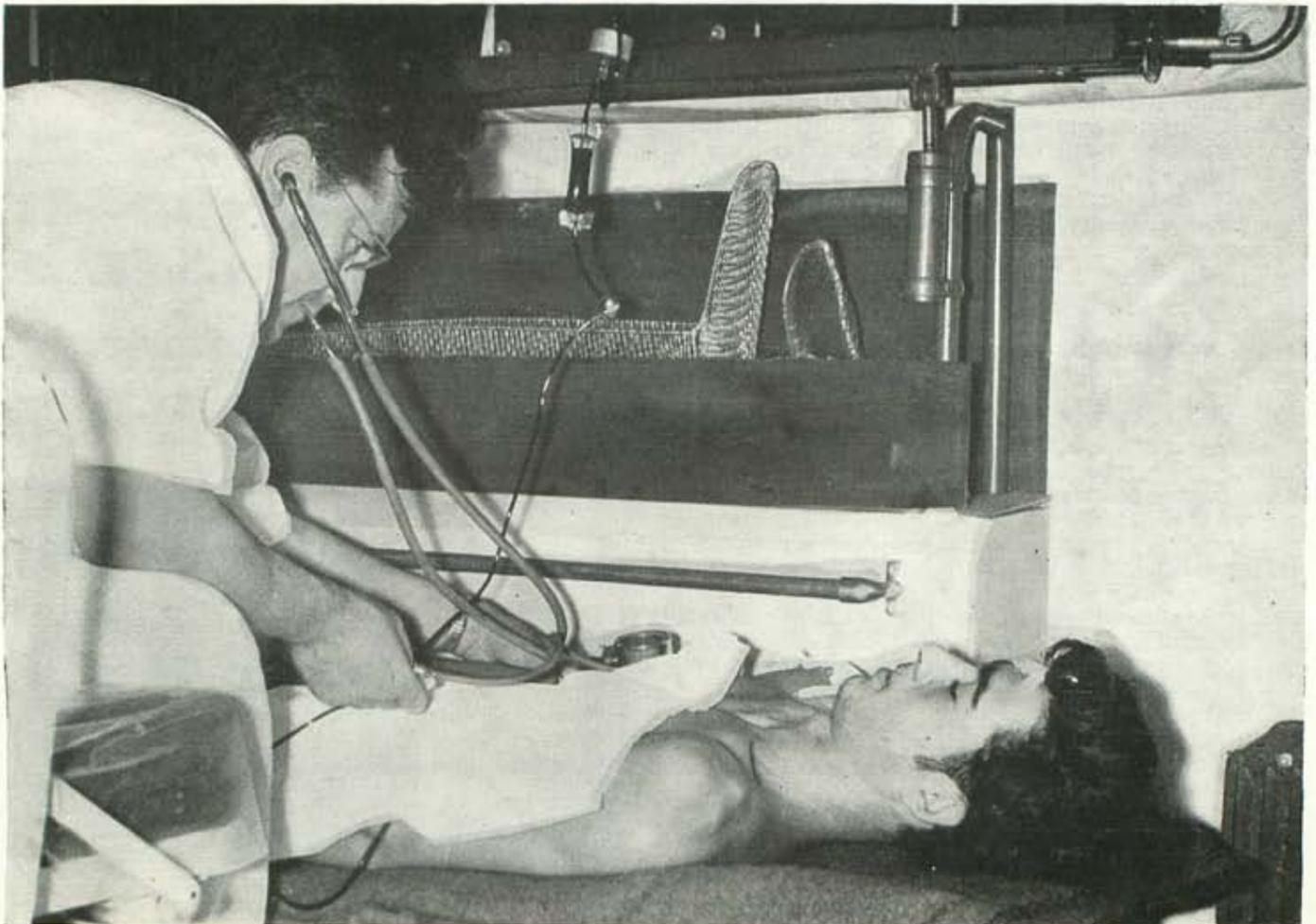
**R.** — Au point de vue financier, nous sommes « alimentés » par le Conseil Général des Bouches-du-Rhône et par la ville de Salon. Une partie du matériel nécessaire est donné par l'hôpital sur son propre budget. C'est une solution intermédiaire, mais il est question d'établir un budget autonome et si d'autres antennes se créent, de faire payer aux différentes compagnies d'assurances ou aux particuliers, ou à la Sécurité Sociale, le prix de revient exact.

**Q.** — Savez-vous ce que coûte journallement une antenne ?

**R.** — Il faut compter environ 20 000 NF par an pour une prévision de 200 sorties. Ce qui fait 100 NF par sortie. Ce prix de revient élevé s'explique par la nécessité d'avoir un service de garde permanent.

Comptons donc que 500 véhicules parcourant toute la France reviendraient à 10 millions de NF par an, soit un milliard de notre ancienne monnaie.

**Q.** — Vous connaissez, Docteur, la déclaration du Professeur Thommeret aux Assises nationales de la Route. Qu'en pensez-vous ?



Dans ce véhicule aménagé, un réanimateur dispose du matériel nécessaire : oxygène, sang conservé dans une glacière, plasma, médicaments divers.

**TRIMESTRIEL  
10<sup>e</sup> ANNÉE**

**JUILLET 1967  
N° 97**

(archives de Pierre BLAHA)

# **Protection sanitaire et Défense**

NUMERO SPECIAL

ACCIDENTS DE LA ROUTE

ET

SECOURS D'URGENCE

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je voudrais tout d'abord exprimer la joie de me trouver devant la Fédération du Sud-Est pour un problème qui me tient à coeur depuis de nombreuses années.

En effet, lorsqu'à Salon-de-Provence, en 1956, nous avons mis sur pied la première antenne de réanimation pour les blessés de la route, inutile de vous dire que nous avons trouvé devant nous de très grandes difficultés. Des difficultés de tous ordres, tout d'abord administratives, et des difficultés de conception à l'intérieur même de la profession médicale.

Mais quand je regarde maintenant, après neuf années de fonctionnement, le chemin qui a été parcouru et que je vois que cette question est devenue une de vos préoccupations principales, je dois vous dire que j'en suis évidemment personnellement très heureux. Et j'en suis d'autant plus heureux que se trouve ici dans cette salle M. Coirier qui a tant fait, au ministère de la Santé publique, pour que sorte le décret du 2 décembre 1965 qui rend maintenant obligatoire pour l'ensemble des établissements hospitaliers un système de secours.

Je voudrais, dans mon propos, vous parler de l'importance et des résultats que l'on peut attendre d'un système de soins sur place et de transport organisé des blessés de la route.

M. le Directeur de l'Assistance publique de Marseille a dit tout à l'heure que la discussion initiale qui, hélas, a engendré beaucoup de retard aux solutions qui sont aujourd'hui apportées savoir si on doit transporter les blessés par n'importe quel moyen ou aller à leur rencontre avec un personnel qualifié et avec des moyens de réanimation modernes, ce problème fort heureusement est résolu. Je crois que les détracteurs du transport organisé actuellement ne prennent plus la parole dans nos congrès et ne font plus de critiques à cette organisation.

Nous nous trouvons donc devant un problème qui est beaucoup simplifié. Quels sont les moyens, quelle organisation doit être mise en place pour porter secours aux blessés avec des ambulances possédant un matériel et un personnel qualifié ?

Je dois dire tout de suite que le mot "antenne chirurgicale" qui est employé souvent pour désigner une organisation semblable à la nôtre est un mot impropre. J'ai toujours employé le mot "antenne de réanimation" et je veux m'en expliquer car il est bien évident - M. le Docteur Arnaud a bien insisté là-dessus - que dans la première phase, celle qui suit immédiatement un accident, il n'est pas possible de faire un diagnostic précis sur le plan chirurgical, mais il s'agit de

prendre en main un polytraumatisé, un blessé choqué qui relève à première base des soins uniquement de technique de réanimation d'urgence.

Il n'est donc pas question, et je n'en ai jamais été le défenseur, d'interventions chirurgicales à bord du véhicule ; cela est à mon avis matériellement impossible, cela est même dangereux, car cela nécessite des équipes chirurgicales de garde très difficiles à avoir sur la route bien que cela ait été tenté en Allemagne. Les résultats n'ont pas correspondu à ce qu'on en attendait. Il s'agit d'un dispositif lourd qui ne répond pas à un secours d'urgence rapide capable de se déplacer sur les lieux des accidents.

Il faut éliminer tout ce qui constitue une salle d'opérations mobile pour en revenir au véhicule d'intervention de première urgence, véhicule dit "antenne de réanimation".

Que doit-il y avoir dans ce véhicule dit "antenne de réanimation", et tout d'abord au point de vue personnel ?

Eh bien, je dois vous dire que depuis le début j'ai été le défenseur de la présence d'un médecin à bord du véhicule. Je sais que certains m'ont dit : il s'agit d'une utopie ; vous n'arriverez jamais à avoir des médecins à bord des véhicules qui vont sur la route. Et pourtant, réfléchissons un instant au problème devant lequel nous sommes placés aujourd'hui.

Il y a eu l'année dernière 300 000 blessés de la route. On vous a dit que les 12 000 morts sont en réalité 15 000 puisque la statistique nationale s'arrête au troisième jour. Dans une statistique, nous avons établi à Salon que sur des milliers d'accidentés on peut évaluer le nombre de polytraumatisés graves à 10 % du nombre total des blessés : ce qui nous donne 30 000 polytraumatisés graves pour l'année 1965 si nous utilisons en quelque sorte le procédé Gallup pour déterminer le nombre national de polytraumatisés. Ajoutez donc aux 15 000 blessés qui sont morts les 30 000 polytraumatisés graves ; vous avez chaque année sur le sol de notre pays 45 000 personnes qui sont en détresse imminente, en détresse extrêmement grave et qui constituent une partie importante sur le plan social et économique de notre population.

Ne croyez-vous pas que le corps médical doit s'acharner à soigner ces blessés ? Ne croyez-vous pas que ce soit la mission des médecins et d'un personnel qualifié d'aller s'occuper de ces 45 000 victimes de la route alors que souvent, pour les maladies plus rares, des interventions qui ont un caractère exceptionnel, des services à grand frais sont organisés et des équipes médicales importantes sont sur place ?

Pour ma part, je suis convaincu qu'il s'agit là d'une action qui relève de la médecine et je pense que l'idéal vers lequel nous devons tendre, c'est de mettre dans la main de médecins-réanimateurs nos secours d'urgence aux blessés de la route.

Je suis heureux de voir que le Professeur Serre, de Montpellier, qui s'occupe tout particulièrement de ces questions, en est partisan, et si aujourd'hui nous avons une pénurie de personnel, de médecins-réanimateurs - parce que beaucoup d'hôpitaux n'en sont pas fournis et il n'est pas question dans l'immédiat de les distraire pour aller sur la route - je pense que l'avenir c'est que les médecins-réanimateurs soient responsables de ces secours d'urgence car il s'agit là d'un problème qui a une importance nationale considérable, problème que nous sommes tous obligés de regarder en face. (applaudissements).

A défaut de médecins-réanimateurs, dans l'état actuel des choses, puisque les textes font obligation d'avoir les moyens d'urgence, il est bien évident que l'hôpital doit détacher dans cette antenne de réanimation un personnel qualifié.

Nous avons résolu le problème, n'ayant pas de médecins-réanimateurs en surnombre pour envoyer dans cette antenne, non pas en envoyant un interne de garde faisant partie du tour de garde car à ce moment-là il est impossible d'avoir quelqu'un qui ait l'habitude de ces blessés, il est impossible de donner des consignes tellement le personnel va se diluer entre huit ou dix ou quinze personnes de garde, nous avons créé des postes qui sont réservés à la garde de la route. J'insiste sur cette organisation qui me paraît essentielle.

Nous avons deux postes assurés 24 heures sur 24 par un interne qui ne fait que la garde de la route et les autres 24 heures il est entièrement libre. Ces postes sont donc assurés par deux internes auxquels on peut donner des consignes, qui sont très rapidement au courant des techniques de réanimation à appliquer à bord du véhicule, et ainsi nous pouvons avoir la direction même par l'intermédiaire de ces internes des soins qui sont donnés à bord, alors que le tour de garde fait au dernier moment avec un personnel récupéré ne nous permettra jamais de savoir si la personne qui va à bord de l'ambulance possède la qualification nécessaire.

Si on ne peut pas avoir d'interne à bord, qui peut-on mettre ?

A mon sens, la seule personne que l'on peut mettre, en dehors d'un interne, serait une infirmière qui ait fait des études d'anesthésie-réanimation, une infirmière qui ait un diplôme de secouriste. Il n'y a pas seulement un problème médical, mais aussi un problème de secourisme. Le Docteur Arnaud a insisté sur l'importance que revêt la façon dont doit être dégagé et transporté un blessé, et ce sont des notions que l'on n'apprend pas dans les Facultés de Médecine mais que l'on apprend pour passer le diplôme de secouriste. Il y a là une conjonction de

notions nécessaires pour dégager, transporter les blessés de la route qu'il faut connaître, à la fois un certain nombre de méthodes de réanimation et de méthodes de secourisme de transport et de dégagement.

Voilà donc comment doit être envisagé le problème du personnel. Vous voyez que c'est une des missions indiscutables de l'hôpital français de se porter maintenant devant cette masse de blessés, comme l'hôpital français ou l'organisation hospitalière française s'est porté devant le problème de la tuberculose il y a de cela quarante ans en organisant partout des sanas pour la lutte antituberculeuse.

Aujourd'hui ce n'est plus vers un tel fléau que nous devons nous tourner puisque la médecine a en grande partie vaincu la tuberculose, mais c'est vers les accidentés de la route que nous devons porter nos efforts, et c'est une des missions de l'hôpital.

Quels sont les soins possibles au bord de la route ?

Vous allez me dire : vous allez aller avec une antenne sur le bord de la route, qu'allez-vous y faire de précis ?

Il faut reconnaître que certains d'entre vous ont pu lire pas mal d'articles de médecins, de confrères qui nient que l'on puisse faire quelque chose à bord d'une ambulance et sur le bord de la route. Ils soutiennent que tout ceci ne représente pas grand'chose, que n'importe qui peut apporter les premiers soins et que le plus important c'est de mettre le blessé dans l'ambulance et de le transporter à l'hôpital.

Je ne reviendrai pas sur les problèmes discutés longuement, M. le Professeur Arnaud lui-même a longuement insisté sur le fait que les transports mal faits et les transports prématurés aggravent le choc. Je crois qu'il est quand même nécessaire de donner des faits précis.

Que peut faire un médecin-réanimateur ou un personnel qualifié sur le bord de la route quand arrive l'ambulance ?

Tout d'abord, et je dois insister sur ce point, il apporte auprès des blessés et des victimes un réconfort psychologique qui est considérable et dont tous nos blessés nous ont fait part. Et je pense que dans la période d'affolement qui suit un accident le fait de voir arriver un véhicule, un personnel médical, une équipe qui sait ce qu'elle va faire, est déjà un élément très important qui rétablit un peu d'ordre et permet de faire le triage.

Vous savez que les médecins militaires ont l'habitude d'insister sur le triage des blessés. Croyez-vous que cela ne soit pas important, sur le bord de la route,

quand vous avez un accident où il y a sept ou huit victimes, de savoir celle qui va avoir besoin d'une réanimation rapide, celle qui aura besoin d'être transportée dans les meilleures conditions et de recevoir quelquefois des soins pendant le transport ? Eh bien, ce n'est pas toujours facile et ce n'est pas forcément le blessé qui paraît le plus gravement atteint parce qu'il a des hémorragies externes, qui sera le blessé grave.

Il y a donc souvent difficulté pour faire un diagnostic de ces polytraumatisés et faire un diagnostic de leur état exact. C'est là le premier travail de l'équipe médicale, un travail de triage.

Et puis, il y a un certain nombre de gestes sauveteurs qui vont être faits sur place, des gestes sauveteurs dont l'essentiel est la désobstruction des voies respiratoires, l'arrêt des hémorragies externes, pas en plaçant n'importe quel garrot. Elles peuvent s'arrêter par des moyens plus simples et qui ne compromettent pas l'avenir d'un membre. Il y a des immobilisations de membres qui peuvent être faites en connaissant les dangers de position dans certaines immobilisations et je dois dire que les attelles pneumatiques gonflables dont on commence à voir la diffusion dans notre pays sont commodes ; nous les utilisons largement, elles ne tiennent pas de place à bord du véhicule et en même temps elles permettent à travers le tissu transparent de voir ce qui se passe et le fait qu'elles soient gonflées arrête souvent les hémorragies externes tout en immobilisant.

Il y a aussi un rôle essentiel que va jouer l'équipe médicale lorsque le blessé est incarcéré dans le véhicule. Lorsqu'il faut un long moment pour le dégager - en général ce sont des sapeurs-pompiers de la Protection civile qui viennent avec l'ambulance et qui possèdent un matériel de désincarcération - pendant cette période de désincarcération ce blessé est bloqué à l'intérieur du véhicule, il faut commencer une réanimation respiratoire, parfois même pratiquer une injection intraveineuse. C'est là un travail de médecin d'une équipe spécialisée.

Voilà donc ce que peut faire déjà sur place le médecin de cette équipe et lorsque ce blessé est ainsi mis en condition, il peut être mis dans l'ambulance et transporté.

Mis dans l'ambulance pas n'importe comment. Il faut savoir relever le blessé, il faut savoir quel genre de brancard utiliser et dans quelles conditions il doit être mis sur ce brancard.

Je ne veux pas entrer dans des détails qui sont du domaine de l'enseignement du secourisme mais qui sont indispensables, et il faudra que ces notions soient données à tous ceux qui iront sur place chercher les blessés à partir de vos hôpitaux.

Dans ce transport, quels soins peuvent être faits ? Cette ambulance, qu'on l'appelle ambulance de grand secours, ambulance hôpital-d'urgence, doit permettre des manoeuvres simples à bord du véhicule mais tout de même être suffisamment vaste et avoir un matériel nécessaire pour pouvoir faire plus qu'un simple transport sur deux brancards superposés.

Pendant le transport, la notion essentielle - on y a insisté mais j'y reviens, elle est primordiale - c'est assurer la respiration du sujet. Il faut désobstruer les voies aériennes par tous les moyens. Le Professeur Arnaud y a insisté tout à l'heure, la plupart des lésions devenues irréversibles sont dues à ce que les organes nobles : le cerveau, le foie, le rein, ont été privés d'oxygène pendant un temps trop long et les manoeuvres de réanimation qui peuvent être faites dans l'heure qui suit ne sont plus efficaces. Ne serait-ce que cela, ce geste de réanimation respiratoire justifie tous les moyens de transport sur place car il fait gagner la demi-heure ou les trois-quarts d'heure qui peuvent rendre irréversible une situation qui fort heureusement peut être redressée si on assure une respiration correcte du blessé.

Il faut rétablir quelquefois une tension artérielle par le moyen d'injections intra-veineuses. Nous ne sommes pas partisans de la transfusion sanguine à bord du véhicule car c'est quelque chose de sérieux qui demande un contrôle des groupes sanguins pour lequel les accidents, lorsqu'ils se produisent, risquent de jeter un discrédit sur une réanimation ou sur un système de secours aux blessés. Je pense que puisqu'on a devant soi en général une demi-heure ou trois-quarts d'heure avant d'arriver à l'hôpital, des injections sans danger de solutions macromoléculaires peuvent assurer une remontée de la tension artérielle, surtout s'il s'adjoint précisément une oxy-réanimation qui en augmentant la concentration en oxygène va permettre d'assurer provisoirement la vection de l'oxygène par les tissus. Nous n'allons pas aborder un problème purement médical mais il est important de préciser que l'on peut, pour certains traumatisés crâniens graves infiltrer des zones traumatisées pour permettre de redresser des situations très sérieuses.

Et puis, ce transport va amener dans les meilleures conditions, avec une surveillance permanente, ce blessé à l'hôpital où il va être ensuite réceptionné par les services d'urgence.

Je vois aussi dans ce système de prise sur le bord de la route, par l'intermédiaire de l'antenne hospitalière, du blessé le plus tôt possible et de cette surveillance du transport jusqu'à son arrivée à l'hôpital, deux avantages supplémentaires. Le premier, c'est d'éviter toute manoeuvre intempestive, toute interférence médicamenteuse par des personnes de bonne volonté qui ne sont pas toujours compétentes, car le blessé tel que nous avons l'habitude de le voir dans nos hôpitaux de 2ème catégorie était souvent transporté d'abord dans une pharmacie puis chez

le médecin du village ; l'un lui faisant absorber de la coramine, l'autre un produit quel qu'il soit. On ne savait pas ce qui avait été fait et quelquefois les drogues étaient nocives.

Deuxième avantage qui paraît essentiel, M. le Professeur Arnaud y a insisté, ces polytraumatisés, ces blessés de la route constituent un nouvel ensemble de lésions mal connues par nos médecins. Nous avons besoin de connaître dans le détail quels sont les états premiers après un accident, leur évolution immédiate. Nous avons besoin d'être renseignés le mieux possible sur la façon dont réagissent ces blessés aux méthodes de réanimation et aux différentes drogues qu'on peut leur injecter. Et le fait d'avoir une continuité entre les premiers soins et le service hospitalier permet à tous ceux qui s'intéressent à ces blessés de la route d'avoir une observation, une fiche médicale continue qui est, je crois, un des plus grands intérêts de ce service d'urgence moderne et qui nous permettra ainsi de fixer désormais de plus en plus la doctrine de soins dont nous avons tous besoin.

Voilà donc résumé ce que l'on peut faire sur place, ce que l'on peut faire pendant le transport. Etudier ceci dans le détail demanderait des heures car toute la pathologie défile dans un polytraumatisé ; mais notre propos était simplement de montrer que devant la montée croissante des accidentés de la route, devant le nombre effarant de personnes de tous âges qui sont actuellement atteintes et gravement atteintes dans leur structure même et qui sont en danger permanent depuis leur accident jusqu'à l'arrivée dans un centre hospitalier, le devoir de nous tous médecins hospitaliers, organisations hospitalières, c'est de mettre sur pied, avec l'aide des Pouvoirs publics, un réseau national qui vraiment donne à chacun le maximum de chances de survie après un accident de la route.

(Applaudissements).

Cadre - sommaire (\*) proposé au "DÉBAT DIRIGÉ" sur

## LES GRANDS TRAUMATISMES ACTUELS DE LA ROUTE : HIÉRARCHIE DE L'URGENCE CHEZ LES POLYTRAUMATISÉS MÉTHODES DES SOINS

par M. Marcel ARNAUD (de Marseille)

*Crepis p. de chir. (Paris 1957)*

Ce titre même limite le débat aux graves blessés actuels de la circulation routière, à ceux surtout qui se singularisent (surtout pendant les premières 24 heures) par de graves complexes syndromiques, expressions cliniques de surprenants désordres réactionnels.

Nous avons retenu trois grands responsables de la pathogénèse de ces états cliniques particuliers :

1° La mécanique cinétique (accélération ou décélération) agit par la superposition constante de trois composantes : *a*) elle provoque surtout et d'emblée de graves dérèglements circulatoires (ischémies viscérales) et neuro-végétatifs, parfois des contusions, des dilascérations tissulaires, et tout cela sans l'intervention d'impacts directs ; *b*) elle provoque aussi des lésions anatomiques directes (voisines des impacts) ; *c*) elle provoque enfin des dégâts par contrecoups.

2° Les accidents routiers frappent n'importe qui, n'importe quand : sans considérations d'âge, de passifs pathologiques, de conditions physiologiques.

3° Ils réalisent, dans la plupart des cas, des polytraumatismes : leurs expressions cliniques complexes et variées résultent de la conjonction et de l'enchevêtrement des divers syndromes lésionnels régionaux.

On s'explique donc pourquoi ces blessés-là sont assez particuliers : particularités des champs d'agression et des altérations fonctionnelles et lésionnelles qui en résultent, originalités des syndromes cliniques initiaux, hésitations des diagnostics et des tactiques de soins (« on ne sait souvent pas par quel « bout » les prendre »).

Quatre périodes évolutives sont à distinguer :

1° Une période immédiate (« bord de route »), très brève, hautement mortelle, dominée par un collapsus brutal, laissée habituellement sans secours médical organisé. Les blessés sont transportés au plus vite et au plus près.

2° Une deuxième période, dominée par le shock (épiphénomène réactionnel). Haute gravité des déséquilibres humoraux et neuro-végétatifs de cette phase. Stage obligatoire au « bloc de déchoquage » : surveillance humorale et clinique par examens répétés du réanimateur et

(\*) Un schéma-introductif, destiné à amorcer et à canaliser la discussion, paraîtra dans le volume des Rapports. Nous avons, cependant, 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.

du chirurgien. Explorations radiologiques au lit. Parfois, à ce stade, se discute la nécessité d'une opération hémostatique « coûte que coûte » (hémorragie interne d'un viscère peu éloquent, par exemple). Mais stade surtout de « latence opératoire » (« urgence différée ») qui permet la conjonction actuelle de la réanimation et de l'antibiose.

3° Une troisième période (apaisement du shock par contrôle de ses déséquilibres) ouvre l'ère chirurgicale véritable. Discussion et décisions tactiques concernant les régions et organes à réparer (hiérarchie dans l'urgence). Se méfier des situations-pièges : lésions périphériques évidentes, chirurgicalement tentatrices, mais lésions viscérales cachées, quasi-muettes et peut-être primordiales.

4° Une quatrième période (36<sup>e</sup> heure environ), sans grand intérêt dans ce débat : le grand polytraumatisé est devenu un polyblessé comme tant d'autres. Rechercher les lésions omises aux examens précédents effectués en plein drame. Stade des opérations définitives, réparatrices, spécialisées.

Trois séries d'actes thérapeutiques se succèdent dans le temps :

1° Des actes de sauvetage, d'indication constante : apports massifs de sang et d'oxygène, hémostase, immobilisation des lésions, antibiotiques. Discuter : sédatifs ? drogues lytiques ?

2° Des actes de sauvegarde, d'indication inconstante. Ils peuvent être imposés par des symptômes respiratoires (trachéotomie, suspension thoracique) ou par des hémorragies viscérales. Quand faut-il opérer « coûte que coûte » ? Quelles anesthésies préférer ?

(Ces deux séries de soins se situent au cours des deux périodes — initiale et seconde — les plus dramatiques pour les polytraumatisés.)

3° Des actes chirurgicaux proprement dits (opératoires ou orthopédiques), d'indication variable (stade d'apaisement réactionnel de la 3<sup>e</sup> période). En discuter la hiérarchisation tactique, le moment opportun, l'ampleur. Opérations « retardées ». S'inquiéter de l'avenir fonctionnel.

L'objet du débat est simple :

1° Dégager une méthode de soins (pour le chirurgien isolé surtout) ;

2° Susciter une conception « Hospitalière » mieux adaptée à la pratique de la traumatologie actuelle ;

3° Inciter et aider les Pouvoirs Publics à coordonner avec efficacité les secours à ces grands accidentés de la route.

---

Le Congrès Français de chirurgie (Paris 1957), de la main de Marcel ARNAUD sur ce document, aura été le point de départ "public" de son action Nationale pour décrire cette traumatologie routière, inciter Paul BOURRET à démarrer à Salon de Provence la "médicalisation" des secours, puis créer totalement le Secourisme routier essentiellement pour former les sapeurs-pompiers.

Mais, avant d'écrire "Les blessés de la route" paru en 1961, il avait depuis longtemps en tête ce qu'il voulait entreprendre. Neuro-chirurgien, il était en première ligne pour recevoir les accidentés de la route dans son propre service et il fut le témoin impuissant d'un accident grave sur la R.N 7 près d'Aix-en-Provence qui lui confirma qu'il y avait toujours quelque chose à faire !

Louis SERRE me l'avait dit, le "livre" n'est sorti qu'en 1961 mais il avait été conçu bien avant !

Tout s'enchaîna donc après le Congrès de 1957 !

LES EDITIONS « ACTA MEDICA BELGICA »  
43, rue des Champs-Élysées, Bruxelles 5

---

**Extrait des ACTA ORTHOPÆDICA BELGICA**

Suppl. II, 1958. pages 128 à 137

---

**M. M. ARNAUD (Marseille)**

---

**LE TRAITEMENT D'URGENCE DES TRAUMATISÉS  
DE LA ROUTE**

---

Dans son intervention, en mai 1958, de Marcel ARNAUD sur le "traitement d'urgence des traumatisés de la route" aux journées orthopédiques et chirurgicales de Bruxelles, il est question du Congrès de chirurgie de 1957 où celui qui voulait et avait la volonté de changer les choses, avait en quelque sorte interpellé ses confrères pour traiter enfin des secours (d'urgence) puis de l'accueil de ces blessés de la guerre moderne, celle de la route (environ 8300 tués en 1956 enregistrés durant les 3 premiers jours après l'accident).

Le Professeur ARNAUD mentionne évidemment "l'antenne expérimentale de Salon de Provence".

Il détaille (ce que l'on retrouvera dans son livre de 1961 puis dans le "Précis de Secourisme routier" de 1971 ce qui se passe pour un passager d'un véhicule (alors non attaché) lorsqu'il stoppe brutalement. Le corps du futur blessé devient un projectile de plusieurs centaines de kilos, en fonction de la vitesse du choc et il va s'écraser sur ce qu'il trouvera face à lui.

Cette notion nouvelle à l'époque pour les véhicules automobiles a eu du mal à bien passer dans tous les esprits. Elle expliquait pourquoi ces blessés étaient différents, donc polytraumatisés.

Au cours de son exposé, Marcel ARNAUD présente aussi une "fiche-type" à remplir par les centres d'accueil des blessés afin d'identifier précisément les blessures et donc améliorer les méthodes de secours. Il cite M. RAMPAL (Ce Professeur était avec nous à Marseille le 17.8.1997 pour l'Hommage à Marcel ARNAUD et donc fidèle à son "patron").

M. M. ARNAUD (Marseille). — M. Belenger, qui a bien voulu faire allusion au débat que j'ai dirigé en octobre dernier au Congrès français de Chirurgie\* (ce dont je le remercie), a si parfaitement ce matin présenté dans toute leur ampleur les diverses incidences ainsi que les éventuelles solutions pratiques du problème, qu'il a obtenu sur toutes ces propositions l'accord tacite de nous tous ; et ce'a facilite la discussion.

Cet accord me semble d'ailleurs aisément réalisable pour tous ceux du moins qui veulent bien remarquer, puis se convaincre, que les *grands blessés* de la route, ces nouveaux venus en traumatologie d'urgence, posent en réalité des problèmes de pathologie qui sont neufs et qui leur sont très particuliers.

Chez ces blessés-là, en effet, s'intriquent (sous un masque clinique initial de syncope et de coma) les nocivités superposées de lésions multiples et régionalement dispersées : écrasements et éclatements tissulaires, ruptures osseuses et dislocations articulaires, hémorragies... Tous ces syndromes intriqués aboutissent à la composition finale d'un état de détresse si total et si grave qu'il simule souvent un état de mort dont le diagnostic, à ce stade, est des plus difficile.

Qui a été le témoin, puis l'observateur attentif de tels accidentés gravissimes dès les secondes qui ont suivi le sinistre, ne peut oublier l'angoissant tableau clinique de ces victimes dont j'ai décrit et exprimé ailleurs leur caractère très spécial de *pantraumatisés*.

*C'est à ce stade-là et c'est dans de telles conditions de gravité* que les secours charitables s'empresment le plus ; il importe de s'essayer à refuser leur empressement toujours malhabile, dangereusement mortel.

Pour ces grands états de détresse totale, il n'est question ni de parer au soin rapide d'une hémorragie (les plaies ne saignent pas), ni d'éviter les déplacements secondaires d'os brisés ; il s'agit de blessés en syncope gravissime, état qui ne tolère aucun déplacement inconfortable immédiat et qui préfère l'attente sur place d'un sauveteur habile

---

\* *Les grands traumatismes actuels de la route : hiérarchie de l'urgence chez les traumatisés ; méthodes des soins.* 59<sup>e</sup> Session du Congrès français de Chirurgie, Paris, 1957 (Edit. : Presses Universitaires de France, 1957).

en ressuscitation et en transport correct ; il s'agit souvent d'une hémorragie intracrânienne *en puissance* et qui n'attend que l'inconfort d'un transport improvisé pour se réaliser et pour s'étendre.

Tout cela est le fait d'observations, qui ne peut souffrir le doute doctrinaire de théoriciens à « bonnes raisons ».

Je suis tout à fait d'accord avec M. Belenger lorsqu'il soutient, comme je ne cesse de le faire, que ce sont ces grands blessés-là, *victimes des grandes décélérations*, polytraumatisés toujours d'ailleurs, qui fournissent la plus grande léthalité routière. Les décès surviennent surtout dans les quarante-huit premières heures. C'est à cette catégorie grave de blessés que doit revenir par conséquent la priorité des soucis et des secours chirurgicaux. Ces secours, s'ils veulent être efficaces, ne peuvent qu'être précoces ; il est donc nécessaire de les leur porter directement et le plus rapidement possible, au bord même de la route, au lieu-même où lutte contre la mort le grand syncopé comateux. Les membres de l'Association française du dernier Congrès de Chirurgie ont voté à l'unanimité leur accord sur ce dernier point, en une motion de synthèse qui proposait l'organisation coordonnée de tels prompts secours sur route :

1° Un équipement téléphonique des routes apte à favoriser un *appel d'urgence* ;

2° L'organisation de *centres chirurgicaux d'urgence* pourvus d'une *antenne* réservée au prompt secours routier et habilitée à la ressuscitation cardio-respiratoire, à l'hémostase, à l'emballage provisoire des lésions, au relevage et au transport.

L'antenne expérimentale de Salon-de-Provence, annoncée par notre collègue le professeur agrégé Bourret, était citée en exemple. Je crois que l'idée fait son chemin.

Un point très intéressant à mettre en valeur et qui aide à la compréhension de certains aspects biopathologiques du problème, concerne le *mécanisme producteur de ces grands traumatismes*. Je désire m'y arrêter quelques instants. A de très rares exceptions près, les très grands blessés de la circulation sont victimes de brutales et, habituellement, d'involontaires décélérations. Plus la décélération est grande et brusque, plus sont sévères les états des victimes de l'accident. Ce qui revient à dire que *les lésions graves résultent surtout des accidents survenus à grande vitesse*.

Si l'à priori du simple bon sens conduit à accepter cette opinion, l'étude de nos statistiques démontre, sans contradiction possible, que

cette opinion est indiscutable; cette étude démontre en effet que la *proportion des morts par rapport aux blessés est infiniment plus grande dans les accidents routiers que dans les accidents urbains.*

Laissons sur ce point parler les chiffres officiels des statistiques françaises\* (tabl. I, II, III).

TABLEAU I

Pourcentage des victimes par accidents  
(France, année 1956)

Survenus en rase campagne, routes et villages . . . . .	51 %	} 1/3 graves 2/3 légers
Survenus en villes de province . . . . .	39 %	
Survenus à Paris et Seine . . . . .	10 %	} 1/4 graves 3/4 légers

(Cette évaluation est basée sur 188.897 observations.)

TABLEAU II

Etude comparée des bilans blessés-décès  
(France, année 1955)

Accidents	Victimes (blessés+morts)	Décès	Pourcent
Survenus en rase campagne, routes et villages . . . . .	94.936	5.488	5.78
Survenus en villes de province . . . . .	66.950	2.147	3.20
Survenus à Paris et Seine . . . . .	22.501	423	1.88

(Cette étude est basée sur 184.387 observations.)

TABLEAU III

Etude comparée des bilans blessés-décès  
(France, année 1956)

Accidents	Victimes (blessés+morts)	Décès	Pourcent
Survenus en rase campagne, routes et villages . . . . .	96.279	5.632	5.84
Survenus en villes de province . . . . .	72.873	2.256	3.09
Survenus à Paris et Seine . . . . .	19.745	395	2.00

(Cette étude est basée sur 188.897 observations.)

\* *Accidents corporels de la circulation routière en France, 1956.* (Statistiques du Ministère des Travaux publics et du Tourisme. Un vol. Imprimerie Chaix, Paris, 1957.)

Ces chiffres montrent de façon indiscutable que la mortalité due aux accidents survenus sur routes, en rase campagne et dans les villages, est en pratique à peu près le double de ce qu'elle est dans les accidents survenus en villes de province et à peu près le triple de ce qu'elle est dans les accidents observés dans l'agglomération parisienne.

Nous pouvons donc affirmer que *le facteur vitesse entraîne une plus grande gravité des accidents.*

Y a-t-il là de quoi tant nous étonner ? Je le pense d'autant moins que nous trouvons, dans l'étude biophysique des traumatismes à cinétique rapide, l'explication de beaucoup de faits qui étonnaient un peu chez ces blessés spéciaux de la route, tout en démontrant la nocivité de la vitesse.

Ainsi en était-il des observations récemment relatées de ruptures des bronches, de ruptures des diaphragmes abdominal et pelvien, d'éclatements du duodénum, de lésions spléniques, d'hémorragies du sous-péritoine, remarqués chez de tels blessés et sans que l'on pût invoquer l'action directe d'un impact, fût-il voisin.

Bourret, professeur agrégé de médecine légale à Lyon, m'a dit avoir constaté à l'autopsie de deux grands polytraumatisés de la route des désinsertions du foie avec arrachement des ligaments triangulaires, sans qu'on ait pu incriminer d'impact thoracique ou abdominal particulier !

Les explications apparaissent à la lumière des travaux très poussés et précis des biophysiciens des centres aéronautiques qui s'intéressent, depuis longtemps déjà, aux effets des accélérations et des décélérations sur l'organisme humain. Leurs recherches expérimentales sont pleines d'enseignements utiles aux compréhensions des problèmes pathologiques posés par les grands accidents survenus à grande vitesse.

Voici, en un bref tableau, quelques chiffres évocateurs où sont indiqués les facteurs vitesse, temps et poids « apparent » des viscères : il démontre que pour un arrêt brutal (stoppage d'un corps humain — ou du véhicule qui le contient — en un dixième de seconde : c'est le cas d'une butée brusque d'une voiture contre un arbre), les poids des organes subissent des augmentations considérables.

Ainsi, l'arrêt en un dixième de seconde d'un homme qui faisait 60 km/h, fait passer : le foie de 1,700 kg à 28,730 kg ; la rate de 0,150 kg à 2,530 kg ; le cœur de 0,300 kg à 5,060 kg ; l'encéphale de 1,500 kg à 25,330 kg ; le sang de 5 kg à 84,500 kg.

On comprend ainsi comment les viscères deviennent capables d'exercer sur leurs appareils suspenseurs des effets insoupçonnés ; de même sont-ils capables d'éclater ou de se déchirer.

Il faut savoir enfin que, pour des décélérations dépassant onze fois l'intensité du champ de la pesanteur, la densité du sang dépasse celle du mercure ! Et il suffit pour cela d'un arrêt brutal à 50 km/h.

Il en est assez pour comprendre les raisons physiques qu'a, dans ces conditions, le sang de « franchir le mur des capillaires » et de se répandre en suffusions profondes en des zones très éloignées des divers points d'impact.

Ce matin, M. Christophe nous a exposé les meilleures tactiques de surveillance et de soins à opposer aux traumatismes crâniens si fréquents chez les blessés de la route.

J'ai personnellement été beaucoup plus gêné par le diagnostic que par le traitement, chez les très grands blessés que j'envisage seuls ici. Le plus difficile à affirmer en effet, dès le triage du moins, est l'existence ou l'absence de traumatisme crânien.

Je connais nombre de blessés de ce genre chez qui le coma s'est dissipé dès que la tension artérielle a repris, en cours ou en fin d'une réanimation vasculaire, un taux normal. Certains autres, chez qui une hémiplégié accompagnait la syncope et le coma, ont vu, par une réanimation vasculaire et pulmonaire très poussée, s'atténuer perte de connaissance et paralysie.

On conçoit fort bien qu'une syncope cardiaque entraînant un arrêt circulatoire encéphalique puisse avoir des incidences pathologiques encéphaliques sans qu'il s'agisse d'un « traumatisme crânien ». P. Wertheimer et Descottes ont, au cours du débat d'octobre dernier, cité des faits analogues et insisté sur les difficultés que comportent de tels diagnostics.

Par contre, le problème est tout différent chez les blessés que j'ai appelés *du deuxième groupe*, blessés graves certes, mais d'emblée moins complexes. Chez ces blessés-là, qui déjà au bord de route n'ont pas eu à lutter immédiatement contre la mort, on peut très vite et avec plus d'aisance désigner les régions traumatisées et même parfois la nature de leurs lésions. C'est de ces blessés-là qu'il s'agit, lorsque, parvenus au centre de triage hospitalier, on peut d'emblée les étiqueter comme « crâniens », comme « thoraciques », comme « abdominaux », comme « vertébraux » ou comme « lésionnés des membres », et les adresser au service spécialisé. Mais nous sommes déjà là en présence de blessés de gravité moins angoissante que ceux auxquels je tiens ici à limiter mon propos.

Je tiens enfin à signaler la *très grande fréquence des altérations vertébrales cervicales* dans tous les cas de traumatismes par accidents

## FIGURE-PLANNING POUR LES 48 PREMIERES HEURES D'OBSERVATION DES GRANDS TRAUMATISES

d'après M. ARNAUD, M. CARCASSONNE et M. RAMPAL (Marseille)

éditée par l'Equilibre Biologique S.A., Commeny (Allier)

OBSERVATION				concernant		N°
LE BLESSE est : piéton / cycliste / vélocycliste / motocycliste / scootériste / automobiliste / conducteur / passager /				M		
renversé / projeté / éjecté / écrasé /				Age		
grande vitesse				Adresse		
moyenne vitesse				Médecin habituel		
faible vitesse				famille		
arrêt				ACCIDENTE LE		à heures
à 20 avant				A		(lieu)
à 40 arrière				AVENE LE		à heures
à 60 latéral				Vu par : un médecin / un chirurgien / un secouriste / une infirmière / personne /		
cabriolets				Avant : le transport		Heure
				pendant :		
				TRAITEMENTS déjà suivis :		
				: (relève, transport, évocateur)		
				et horaires		
Au 1 <sup>er</sup> aspect le blessé est :				ANTÉCÉDENTS		Certains / douteux /
très grave				Donnés par : Blessé / famille / Amis / Médecin /		
grave						
moyen						
léger						

1 <sup>er</sup> EXAMEN CLINIQUE : INSPECTION	EXAMEN RADIOLOGIQUE DU SQUELETTE
<p><b>GARROT</b> : oui / non / heure de mise / heure de levée / durée</p> <p><b>INCLUSION</b> : oui / non / douteux</p> <p><b>EN BLEC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ECCHYMOSE : ombre</li> <li>EROSION : quadrillé</li> <li>PLAIE : mot</li> <li>ECRASEMENT : flèche</li> </ul> <p><b>EN ROUGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BRULURES : ombre</li> <li>1<sup>er</sup> degré</li> <li>2<sup>e</sup> degré</li> <li>3<sup>e</sup> degré</li> </ul>	<p><b>EN ROUGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fracture simple</li> <li>Fracture avec déplacement</li> <li>Fracture ouverte</li> </ul>





**EXAMENS CLINIQUES ABDOMINAUX ET THORACIQUES SUCCESSIFS**

Noter les heures  
 Noter par signes  
 et ombres  
**D** = douleurs  
**C** = contractures  
**M** = moëlle  
**S** = spondylé

*Exemple*    **DDD** = zone douleur  
               **DDD**  
               **SSS** = zone spondylé  
               **SSS**

**EXAMENS RADIOLOGIQUES THORACO-ABDOMINAUX ET POSITION COUCHÉE**  
 (diagnostic des lésions viscérales)

noter les heures  
 noter par ombrages les opacités suspectes  
 encercler par un trait les clartés anormales

de la route. Le diagnostic immédiat, et même précoce, de ces altérations (fractures parcellaires et dislocations, le plus souvent) est extrêmement difficile chez des blessés sans connaissance ou fortement shockés. Les conséquences de ces lésions sont considérables, à mon avis, et leur répercussion sur le système artériel vertébral transmet une grave perturbation, mal connue encore mais certaine, aux centres encéphaliques nourris du sang artériel vertébral. Certains syndromes neurovégétatifs centraux et de la tige cérébrale ont, à mon avis, des pathogénies de ce genre.

Il est à l'heure actuelle impossible de conclure un chapitre immense et neuf d'une pathologie d'urgence qui ne s'étaye que sur des faits peu décrits, disparates et qui jusqu'ici ont plus surpris que vraiment intéressé les chirurgiens. Je suis ici, une fois encore, entièrement d'accord avec M. Belenger. Il est indiscutable que de tels blessés, victimes d'une moderne cinétique à grande vitesse, sortent des cadres déjà anciens qui étaient ceux de la traumatologie classique. Les problèmes chirurgicaux qu'ils posent demandent à être repensés. Cela ne peut être fait utilement que sur les bases solides d'observations précises et répétées à horaire très rapproché. Or, les documents de cette sorte sont rares, malgré le nombre des blessés évoqués. Est-ce parce que ces blessés ont une vaste dispersion géographique qui interdit sur eux une vue d'ensemble ? Est-ce parce qu'ils aboutissent souvent entre les mains fugaces d'un « service de garde » ? Est-ce parce qu'à l'heure de l'urgence on n'a ni l'idée ni le temps de rédiger des notes ou des fiches d'observations ?

Le fait est que les documents précis manquent partout et qu'il est impossible, sans leur base, de construire une tactique de soins valables ou d'établir une doctrine.

C'est la raison qui nous a incités, mes collaborateurs M. Rampal et M. Carcassonne et moi-même, à établir une fiche-planning type d'observation (figure), aisée à remplir par des signes placés en regard des divers et principaux symptômes. Ces fiches, dont M. Belenger a bien voulu retenir le principe, auraient, si certains centres chirurgicaux acceptaient de les faire tenir, l'avantage d'harmoniser des documents dont l'assemblage pourrait, en peu de mois, permettre par une vue d'ensemble d'avoir une opinion plus claire sur le vaste problème que nous avons essayé aujourd'hui de résoudre ensemble.

# LA ROUTE MEURTRIÈRE : FLÉAU SOCIAL N° 1

- I -

- Le chiffre annuel des morts équivaut à la population de la ville de Dreux
- Il y a autant de blessés que d'habitants à Bordeaux

**E**n cette période de fêtes et de nouvelle année, la rubrique nécrologique des journaux passe, une fois de plus, à « la une ». Par rubrique nécrologique, nous voulons désigner, bien entendu, le pitoyable bilan des accidents de la route qui s'alourdit d'année en année, et même de mois en mois.

A cet égard, le « pont » de Noël a été catastrophique puisqu'on a déploré plus de cent morts sur la route, alors qu'en 1958, Noël n'avait tué que 29 automobilistes.

Cette terrible saignée a ému l'opinion publique et préoccupé le gouvernement. On s'interroge : pour quelle raison le nombre des accidents augmente-t-il dans des proportions dépassant de beaucoup l'accroissement du nombre des véhicules ?

Pourquoi la France détient-elle une sorte de record dans ce domaine ?

## Un tue par heure

Il y a évidemment motif à effroi lorsqu'on apprend que chaque heure un français est tué dans un accident de la circulation et un autre blessé toutes les deux minutes. On demeure effaré quand on sait que durant ces six dernières années, la route a fait un million de victimes dont 57.000 morts.

Au cours de la seule année 1957, il y a eu 8.517 morts, 183.750 blessés dont 50.000 handicapés pour le restant de leurs jours. Pour rendre ces statistiques parlantes, disons que l'hectombe touche chaque année la population d'une ville de l'importance de Dreux et fait autant de blessés qu'il y a d'habitants à Bordeaux.

Les chiffres que nous venons de citer sont malheureusement trop « parlants ». Ils hurlent une vérité tragique et pourtant mal connue : les accidents de la circulation constituent actuellement une des causes majeures de la mortalité. Nous soulevons en présence du fléau social n. 1.

## Pas d'organisation anti-accident

Aussi étrange que cela puisse paraître, il n'existe pas, en France, à l'échelon gouvernemental, de politique « anti-accident ». Les pouvoirs publics ont successivement cautionné la lutte anti-tuberculeuse, la lutte anti-cancéreuse. Les cardiaques sont désormais l'objet d'une attention particulière. Mais en ce qui concerne les victimes toujours plus nombreuses, d'accidents de la circulation automobile, il semble

En 1960 (le 2 puis le 3 janvier), le journal "Le Provençal" publie une longue enquête sous le titre "La route meurtrière, fléau social n° 1".

Il y a 30 ans, le rédacteur de cet article écrivait : "Pourquoi la France détient-elle une sorte de record dans ce domaine?". [Aujourd'hui, force est de constater que si nous avons fait des efforts et obtenu des résultats dans beaucoup de domaines - mais les autres Pays aussi - nous demeurons, vis à vis de nos voisins, l'un des Pays où la mortalité est la plus élevée !].

Le journaliste s'étonne qu'il n'y ait pas en France, à l'échelon gouvernemental de "politique anti-accident".

[Ce n'est que 10 années plus tard environ, après la "table ronde sur la sécurité routière" qu'une "mission interministérielle" fut créée, ce qui déboucha en 1972 sur la Délégation à la sécurité routière].

par  
Jean-Marcel PAVEC



de 85 % des accidents ont comme cause essentielle un facteur « humain » (faute ou déficience physique du conducteur). C'est donc sur ce terrain « humain » que la lutte doit être menée : s'il le veut, l'homme peut arrêter l'hécatombe.

Dans une étude publiée par « L'Actualité Médicale », le professeur Arnaud, eminent spécialiste de ces questions, en analyse



que les pouvoirs publics se soient laissés prendre de vitesse, si toutefois on peut ainsi s'exprimer. Les médecins et les chirurgiens eux-mêmes, sont longtemps demeurés indifférents à ce problème capital qui, cependant, les intéresse tout particulièrement.

C'est l'école marseillaise de chirurgie qui, la première, s'est penchée scientifiquement sur la question. Plusieurs praticiens éminents de la cité phocéenne se sont livrés à des études rationnelles des causes précises d'accidents dans un but de prévention et aussi pour soigner les blessés avec un maximum d'efficacité.

Ils ont remarqué en premier lieu que tout accident est obligatoirement lié à l'un de ces quatre facteurs : la vitesse qui n'est pas forcément cause de l'accident mais détermine sa gravité, le nombre des véhicules, la capacité routière et l'usager. Si les deux premiers facteurs sont pratiquement irréductibles, si le troisième varie très peu, seul le quatrième peut être amendé.

#### La vitesse : un cas d'aliénation

Les recherches leur ont été

sant les causes profondes d'accidents envisage leur prévention. Selon ce savant la vitesse est un cas particulier d'aliénation : « elle satisfait un besoin d'évasion (évasion de soi-même, libération de l'espace, du temps) ; sa conquête s'inscrit dans une loi fatale, irrésistible, du progrès incessant et de la vie moderne turbulente et rapide... »

Et le Dr Arnaud poursuit : « A une époque où l'homme est entouré d'ondes agressives continues, de vibrations, de lumières, de bruits de sons, de musiques, ondes dont on commence à connaître qu'elles entraînent des défaillances chez certains sujets inadaptés à ces « stress » nouveaux, on devine le rôle que le médecin informé des imperfections de certains de ses clients, peut jouer dans la prévention d'accidents de la route. On a évoqué à la Société de Médecine Psychosomatique quelques remarques faites chez des conducteurs ayant provoqué en 1957 des accidents, et en particulier les aspects symboliques de la conduite des automobiles où la puissance de la machine s'incorpore au moi du conducteur, témoignant ainsi pour quelques-uns de certains états allant du narcissisme au plus pur sadisme ».

#### Un moyen de réduire le nombre de morts

Commencée il y a trois ans à peine l'étude scientifique de l'accident et corollairement l'organisation des secours rapides, ont fait depuis des pas de géant. Le Congrès de Chirurgie 1957 - 1958, les premières assises nationales sur les accidents de la route et tout récemment, les 19 et 20 décembre 1959, le congrès national pour le prompt secours chirurgical routier qui s'est tenu à Gênes, ont fait le point des acquisitions dans ce domaine. Le professeur Dogliotti a pour sa part, insisté sur la nécessité d'intéresser dorénavant les constructeurs à une meilleure adaptation des « habitacles » de voitures aux possibilités d'accidents. Le professeur Maian a fait remarquer que 50 % des blessés graves meurent s'ils sont laissés à la charge de transporteurs bénévoles non qualifiés. Dans son ordre du jour, le congrès, demandait instamment la création d'un service national d'alarme utilisant le réseau téléphonique routier et relié à des centres de secours rapides. Il préconisait en outre l'implantation de nombreux centres de secours rapides dotés d'antennes chirurgicales mobiles.

On sait que cette antenne chirurgicale mobile est une invention du professeur Bourrel qui en utilise une depuis environ deux ans à Salon-de-Provence. Elle permet de « réanimer » sur les lieux mêmes de l'accident, les blessés de la route. Elle a déjà sauvé de nombreuses vies. S'il existait partout de telles « antennes » reliées à un hôpital, comme à Salon, le nombre des morts, sur la route pourrait être réduit de 10 à 15 %. Il en faudrait 250 pour couvrir la France : leur fonctionnement nécessiterait 500 millions par an. Ce qui est une bagatelle, si l'on considère que les 190.000 victimes d'accidents — dont près de 9.000 morts — coûtent à la nation 150 milliards ? Mais cela est une autre histoire.

Nous aborderons demain, une étude un peu plus pratique des dangers de l'accident et les secours à apporter aux victimes des chocs et des grandes décelérations qui bouleversent les organes jusqu'à parfois les faire exploser...

(A suivre).

# — Seule une organisation nationale de secours rapides pourra limiter les cruels dégâts

**C**HOC terrible entre deux voitures de jeunes réveillonneurs à 6 h. 30, le matin du 1er janvier, au Redon, banlieue de Marseille. Bilan dramatique : un garçonnet de 15 ans est tué, quatre jeunes garçons sont très grièvement blessés. Les automobiles sont éventrées, déchiquetées, bonnes pour la ferraille. Des accidents de ce genre, il s'en est produit plusieurs dizaines au cours de cette nuit de la Saint-Sylvestre si joyeusement fêtée dans la France entière. Il est à peu près certain que ces collisions tragiques trouvent leurs origines dans l'euphorie dûment alcoolique de ces nuits de fête. Un sentiment de force, renforcé par l'espèce « d'accouplement » existant entre l'homme et la « machine à aller vite », envahit le conducteur qui, s'identifiant de l'engin mécanique, ne redoute plus rien. Il multiplie alors les gestes audacieux, les témérités folles, se croyant invulnérable, oubliant que la carrosserie de son véhicule est fragile et lui-même plus fragile encore.

Il est à peu près sûr qu'il a oublié ou qu'il n'a jamais su, qu'un corps solide se déplaçant à une certaine vitesse est nanti d'une force cinétique qui va en s'accroissant avec l'accélération. Il serait d'un intérêt vital d'inculquer au candidat au permis de conduire quelques notions essentielles, peut-être d'apparence scolaire, mais qui frapperaient son imagination. Lui apprendre, par exemple, qu'un sujet de 70 kilos se déplaçant à 60 kilomètres à l'heure possède une énergie cinétique égale à 9.600 kilos. On imagine alors l'importance d'un choc à cette vitesse.

## Collision à 100 km/h : chute de 40 mètres

Pour graver des images précises et convaincantes dans son esprit, pourquoi ne pas lui révéler quelques comparaisons simple, présentant l'avantage d'être explicites : lorsqu'un sujet, faisant 50 kilomètres à l'heure, s'arrête pile contre un obstacle l'effet, pour 10 mètres à l'heure, comme s'il tombait d'une hauteur de 39 mètres 40. A 100 kilomètres à l'heure, comme s'il tombait de 88 mètres 20.

Il serait également utile de faire savoir à l'automobiliste débutant, que l'arrêt brutal, en un dixième de seconde d'un homme



Un choc brutal, à 100 à l'heure, équivaut à une chute de 40 mètres de hauteur !...

qui faisait 60 kilomètres à l'heure, fait passer :  
— le foie de 1.700 kg à 28.730 kg  
— le cœur de 0.300 kg à 5,070 kg  
— le cerveau de 1,500 kg à 25.330 kg.  
— le sang de 5 kg à 84,500 kg.

## Explosions internes

Ces constatations expliquent pourquoi l'accidenté de la route n'est pas un blessé comme les autres. Son accident est caractérisé, selon la formule du médecin, par un mécanisme de l'accélération - choc ou de son homologue inverse, la décélération-choc.

Le style des blessures est déterminé dans les accidents de la route par cette cinétique spéciale : sous le choc la tête fait un mouvement de bascule qui peut rompre les vertèbres cervicales (coup du lapin) ; l'augmentation du poids des organes peut provoquer de graves explosions viscérales qui, dans la plupart des cas, sont mortelles.

Le Dr Arnaud a fait remarquer au Congrès de Gênes que dans un style d'accident comportant un arrêt instantané à 60 km/h., la mort est habituelle, sauf si le blessé a été éjecté du véhicule (ce qui a permis de voir diminuer sa propre vitesse avant l'impact). Il se présente alors comme un très grand blessé polytraumatisé.

te notion est nouvelle en médecine.

## Ne pas écouter son bon cœur

Il y a peu, le blessé de la route était soigné comme n'importe quel autre blessé. Il a fallu que des médecins et chirurgiens lancent un cri d'alarme pour qu'une nouvelle médecine plus appropriée naisse.

Ainsi au Congrès de Bruxelles au mois de mai 1958, quatre cents spécialistes européens ont codifié



Le transport d'un blessé comporte des dangers le plus souvent insoupçonnés.

les soins opportuns, en fonction des cas. Ils ont mis l'accent sur ce problème capital qu'est celui du ramassage des blessés graves, opération déterminante pour leur survie.

Ils ont enfin édicté les principes à respecter.

Il a été notamment rappelé que les blessés graves meurent dans une proportion de 50 % s'ils sont laissés à la charge de transporteurs bénévoles non qualifiés.

« Il vaut quelquefois mieux, déclara le professeur Merle d'Aubigne, ne pas écouter son « bon cœur », et abandonner un blessé sur la route, pour aller rapidement donner l'alerte. Un transport de fortune est presque toujours dangereux ».

Il est de même important d'empêcher tout mouvement des blessés pendant qu'on les relève et les transporte.

Bien entendu, en l'absence de tout secours, il n'est pas interdit de placer un garrot au-dessus de l'endroit de la blessure. Il est également bon de lier le membre fracturé avec celui qui est indemne.

Les congressistes de Bruxelles ont également voulu rappeler quelques règles simples mais pri-

mordiales : s'assurer du confort relatif offert par le transporteur (brancard ou matelas) à défaut de l'ambulance de secours rapide, qu'il faudra bien, tôt ou tard,



Une précaution utile : lier les membres fracturés.

généraliser en France ; dire au transporteur qu'il est pas grave de secouer le blessé ; ne pas oublier que les immobilisations et les transports s'effectuent à plat-dos, sauf pour les blessés du crâne et de la face, qu'il vaut mieux coucher sur le côté.

#### Avoir une carte de santé

Enfin les médecins réunis à Bruxelles, comme ceux qui viennent de se rencontrer à Gênes, ont insisté sur la nécessité pour les automobilistes, de posséder sur eux une carte de santé mentionnant leurs graves imperfections chroniques, l'état des vaccinations à avoir sur eux ces quelques papiers.

Tous les spécialistes de la route qui s'alarment à juste titre de la progression quasi-mathématique du nombre des victimes de ce fleau, sont d'accord pour réclamer avec insistance, la mise sur pied d'une politique « anti-accident ». Cette politique de sauve-



Un blessé gagne à être placé à plat-dos, la tête de côté.

garde devrait comporter l'installation dans la France entière de centres de secours rapides, dotés, comme à Salon, d'une antenne chirurgicale mobile — conception révolutionnaire que le professeur Bourret a appliqué avec une étonnante efficacité et qui est désormais adoptée dans le monde entier — autorisant la resuscitation et la réanimation sur place ; permettant également de poursuivre le traitement pendant l'évacuation vers l'hôpital. Parallèlement, le réseau d'alerte (téléphones routiers) devrait être étendu.

Le cri d'alarme a été poussé. L'hécatombe continue, toujours plus sanglante. Le problème déborde maintenant le cadre particulier. Seule une intervention des Pouvoirs Publics pourra, dans l'avenir, limiter les cruels dégâts.

Jean-Marcel PAVEC.

Les dates importantes sont rappelées : Congrès de chirurgie de 1957 (l'acte fondateur), les "premières assises nationales sur les accidents de la route" organisées avec l'aide de l'A.C.M.F (Automobile-Club Médical de France) fin 1959, un autre congrès en Italie...

L'article insiste sur une "organisation" à l'échelle de la France, à l'image de "l'antenne" de Paul BOURRET.

Le rôle des premiers témoins (le public) est très partiellement abordé. Il est vrai qu'il fallait d'abord se préoccuper des hôpitaux, des secours professionnels sur place et d'un numéro unique, national, d'appel. Tout cela devait s'organiser, se préparer, se mettre en place, avec la lenteur habituelle !

Puis, l'antenne est devenue le SMUR et la coordination le SAMU.

Des accidentés de la route les SMUR traitent maintenant toutes les détresses.

Le numéro unique est le 15.

La partie "technique" et "secours" a très vite été traitée avec la création du Secourisme routier.

Aujourd'hui, si tout doit être sans cesse amélioré, il ne reste plus que le tout premier maillon de la chaîne, les témoins, qui doit être traité (d'urgence !). Car ce sont les témoins sur place qui doivent et peuvent empêcher la mort des accidentés de la route avant l'arrivée des secours.

Et Marcel disait : "Sans être Secouriste, connais au moins les gestes qui sauvent". Qui aura fait plus que lui en France pour aller porter la bonne parole au grand public ?

1961

# "L'Accident" menace la vie de l'homme moderne pensons "Prophylaxie" surtout

par **Marcel ARNAUD**

Lorsqu'on veut bien s'astreindre à étudier les grandes statistiques d'ensemble qui résument l'état de santé des hommes vivant en régimes sociaux sérieusement organisés, on n'a aucune peine à remarquer que les MALADIES qui, hier encore, résumaient les problèmes de mortalité et pesaient surtout sur les courbes vitales, sont devenues aujourd'hui non seulement beaucoup moins fréquentes, mais encore beaucoup moins graves.

On remarque par contre que les ACCIDENTS. eux, augmentent chaque jour en nombre et en gravité, ce qui découle directement des conditions mêmes de la vie moderne.

Et même si, poussé par la curiosité, on pénètre plus avant dans le détail des statistiques et des courbes qui les illustrent, on s'étonne alors de ce fait que l'incidence mortelle des accidents est en opposition formelle avec la loi, édictée par les hommes, de l'égalité des sexes : ainsi voit-on la courbe de la mortalité accidentelle qui baisse (également d'ailleurs pour les deux sexes) depuis l'heure de la naissance jusqu'à la 15<sup>me</sup> année, se redresser brusquement et remonter en flèche entre 15 et 25 ans et ceci pour les seuls garçons.

Cette prédominance de la mortalité « accidentelle » des hommes se poursuit jusqu'à l'âge de 50 ans de façon telle que nous pouvons affirmer qu'entre 15 et 50 ans, il meurt par accident quatre fois plus d'hommes que de femmes.

Cet indiscutable recul de la MALADIE dans les causes de la mortalité au cours des 50 premières années de la vie est dû, certes, à de nombreuses raisons. Parmi elles figurent en bonne place la puissance des moyens de dépistage actuels et les énergiques pouvoirs des médications modernes ; mais, dominant le tout et de beaucoup, il est indiscutable que c'est la lutte prophylactique menée partout contre les grandes et endémiques infections qui est et qui reste le plus efficace rempart contre les maladies mortelles ou graves du jeune âge. La réussite parfaite de cette prophylaxie acharnée a été due à une totale collaboration, intimement compréhensive, des hygiénistes, des médecins, des éducateurs, des administrateurs et de tout le public.

Aujourd'hui que *les hommes de 15 à 50 ans ont trois fois plus de risques à courir du fait ACCIDENT que du fait MALADIE*, médecins, éducateurs, administrateurs et public, très justement mis en garde hier contre les maladies (tuberculose, diphtérie, fièvre typhoïde, poliomyélite... en particulier), doivent être tenus informés très exactement des CAUSES des accidents qui les menacent, ainsi que des moyens prophylactiques capables de les protéger. Enfin, puisque tout ACCIDENT n'est heureusement pas mortel, puisque la victime passe habituellement par des phases initiales et curables avant d'être atteinte par la sévérité de lésions irréversibles, il est d'un intérêt capital de bien connaître et de bien faire connaître les meilleurs signes d'alerte, afin que les secours soient rapides, sans erreur et efficaces.

Ce renversement récent du rapport « MALADIE-ACCIDENT » dans la cause de la mortalité fortuite, dicte indiscutablement aux médecins leurs nouveaux devoirs.

Le plus élémentaire de ces devoirs est maintenant de rechercher et de découvrir les causes réelles des accidents ; puis, les ayant découvertes, de les faire connaître à tous, afin qu'une prophylaxie s'établisse, s'enseigne, s'adopte et s'accepte.

Depuis des millénaires et jusqu'à ces dernières années, on attribuait trop volontiers l'accident à la FATALITE. Cette idée, qui s'avère aujourd'hui absurde et complètement fautive, doit absolument disparaître, car elle est stérile sur le plan de la prévention et elle condamne d'avance toute possibilité de prophylaxie.

Les divers, très nombreux et récents travaux sur les causes des accidents de l'industrie, des mines, des champs (sur les causes des accidents de la circulation routière, en particulier) ont bien fait ressortir la constante et l'éminente participation du facteur humain (1) dans les causes des accidents. Et cela raye désormais l'idée de leur « fatalité ».

Du même coup est apparu le rôle éminent du médecin dans la lutte préventive et dans la promotion de cette idée essentielle à développer aujourd'hui, d'une NÉCESSAIRE ÉDUCATION SANITAIRE du public contre le risque évitable de l'ACCIDENT.

Le 7 avril 1961, l'Organisation Mondiale de la Santé a lancé, pour l'année en cours déclarée l'année de

l'ACCIDENT, un appel mondial afin que partout se multiplient les efforts d'une telle *éducation prophylactique du public*.

M. G. Candéau, Directeur général de l'O. M. S., a préfacé cette campagne mondiale par un appel angoissé dont j'extrais les lignes suivantes :

« Le tribut des jeunes vies humaines que [les accidents] prélèvent est plus lourd que celui d'aucune guerre que le monde ait jamais connue. »

\*\*

C'est de cette « alerte aux accidents » que ce modeste article se fait ici l'écho dans un numéro de cette revue consacrée aux « traumatismes ». Il est de notre absolu devoir de la répercuter parmi nos confrères.

Les hommes en effet n'accepteront jamais très longtemps, sans leur résister coûte que coûte, ces ACCIDENTS qui les tuent ou qui les marquent pour la vie. Ils mobiliseront donc un jour, contre ce nouveau et vaste fléau social qui tend à les détruire, les mêmes puissantes énergies qu'ils dressaient hier contre de mortelles infections.

Et ils feront encore appel à nous. Notre mission de médecin est de ne pas attendre leur angoissant appel pour repenser une « traumatologie moderne », pour réformer nos organisations conventionnelles aux moyens aujourd'hui dépassés et pour rebâtir des doctrines et des tactiques qu'un classicisme entêté risque de laisser impuissantes devant une traumatologie de plus en plus taillée aux dimensions de notre époque. (2)

(1) La « faute » de l'homme est la cause de 80 % environ des accidents ; c'est donc sur le protagoniste, sur son psychisme, sur son comportement, sur ses complexes que l'effort prophylactique doit être axé (fatigue, angoisses, immaturité cérébrale, intoxications... sont à dépister, à corriger et à soigner). C'est l'idée de cet « effort » qu'il importe de faire accepter à tous, médecins et chirurgiens y compris.

(2) Conclusions déjà tirées de notre monographie « Les blessés de la route » (du prompt secours en bord de route à l'accueil au Centre chirurgical) en impression chez Masson et C<sup>o</sup>.

Cet article, paru dans un bulletin médical, est un nouveau cri d'alarme face au fléau des accidents de la route et à ces blessés qui meurent faute d'une organisation efficace.

Et aussi Marcel ARNAUD appelle ses confrères à ne pas attendre que ce fléau devienne une "catastrophe permanente" afin de s'en préoccuper. Et déjà d'apporter sa pierre avec son ouvrage en cours d'impression.

**CONTRE CE FLEAU MODERNE : L'ACCIDENT DE LA ROUTE  
CINQ MINUTES AVEC...**

L'auteur d'un livre qui inspire frayeur et espérance :

**Le docteur Marcel ARNAUD**

Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Marseille

Il est l'auteur d'un livre qui surprendra moins le médecin que le profane. Pour ce dernier, l'ouvrage est assez effrayant. Mais cette frayeur peut et devrait être salutaire. Ce n'est pas un roman noir. Il n'ouvre ni sur le néant, ni sur le désespoir. C'est un volume technique. Il débouche sur l'espérance.

Ce traité de 125 pages, tiré chez Masson à Paris, n'a pas été écrit au jour le jour sous l'effet d'une subite inspiration. Il est le fruit de quinze années de réflexion. Ça se voit. Ça se sent. A la clarté, à la logique du texte, gouverné par une idée inflexible.

La nature des choses voulut que Marcel Arnaud soit le témoin direct de nombreux accidents. Certains en voient, d'autres non. C'est ainsi. Mais il les voyait, lui, deux fois. Comme tout le monde et comme médecin.

En tant que tel, il en voyait aussi les suites, parce qu'il les soignait. Et de ces expériences fortuites devait naître le sentiment, l'impression, que les blessés amenés dans son bloc opératoire n'avaient rien de commun avec des blessés identiques qu'il avait vu extraire des ferailles tordues : ils étaient beaucoup plus malades !

Cette stupéfiante découverte le poussa à rechercher systématiquement les accidents « frais ». Il passa ses dimanches sur la nationale 7 avec les gendarmes et les secouristes, premier rendu dès qu'une voiture explosait contre un arbre.

L'impression se fit certitude : l'état des blessés s'aggrave notablement entre le choc et l'hôpital. Il y a une raison : leur transport. C'est grave : on en meurt.

A quoi cela tient-il ?

C'est le thème de son livre.

« Poser le problème est relativement accessible, dit-il. Un homme de 60 kilos lancé dans sa voiture à 60 à l'heure développe une énergie de 9.600 kilos ; ça signifie quoi ? Qu'un sujet de 60 kilos roulant à 36 à l'heure et stoppé net frappe à la façon d'un projectile projeté à 600 mètres à la seconde. Chez le même sujet circulant à 60 à l'heure et arrêté en un dixième de seconde, le poids apparent des organes augmente. Le foie passe de 1, 700 kg mente. Le foie passe de 1,700 kg à 25,300 kg.

« On aurait tort de s'étonner, dans ces conditions, de la violence des lésions causées par un choc accidentel. Et ces lésions ne sont pas toutes visibles.

« Or, que se passe-t-il ? Après l'accident, des témoins s'arrêtent. Leur bonne volonté n'a d'égale que leur incompétence. Ils remuent ces blessés, les portent, les font asseoir ou coucher, les chargent, les transportent, dans l'intention de les emmener le plus vite possible dans la clinique la plus proche.

« Alors même que les grands traumatisés ne doivent être touchés qu'avec prudence et précaution, ces interventions font empirer leur état. Non ! Il ne faut pas toucher aux blessés. Il faut éduquer le public à attendre les secours en pratiquant les seuls gestes simples et valables : placer le blessé dans une

Dès la sortie de son livre "Les blessés de la route", fin 1961, Marcel ARNAUD répond aux questions d'un journaliste du "Provençal" et l'interview est également publiée dans le numéro d'avril 1962 de "L'invalidé du travail".

On retiendra notamment les observations suivantes du rédaction de l'article :

"Ce traité de 125 pages... est le fruit de quinze années de réflexion".

**LE DOCTEUR  
MARCEL ARNAUD**

Interne en 1920, chirurgien des hôpitaux en 1929, chirurgien-chef des hôpitaux de Marseille depuis 1942, le docteur Marcel Arnaud vient de prendre sa retraite.

Il contribua à moderniser la Conception, à introduire la chirurgie nerveuse à Marseille. Il créa les ambulances mobiles de la D.P. et les services de sauvetage sous les bombardements pendant la guerre.

Le docteur Arnaud consacra sa retraite hospitalière à l'étude des secours aux traumatisés de la route. On lui doit, dans ce cadre l'expérimentation de la télévision, considérée comme une liaison particulièrement utile entre l'ambulancier penché sur le blessé et le médecin resté à l'hôpital. Une démonstration de ce procédé révolutionnaire a été faite par le docteur Arnaud, le 9 janvier, devant l'Académie de médecine.

En 1962, Marcel ARNAUD disait déjà :

"Il faut éduquer le public à attendre les secours en pratiquant les seuls gestes simples et valables : placer le blessé dans une position choisie [c'est la P.L.S] et pratiquer la respiration bouche à bouche".

(Mais qu'attendent "nos" responsables ?

Toujours rien en 1999 !).

position choisie et pratiquer la respiration bouche à bouche. »

Ce qu'il faut faire, le docteur Arnaud le décrit par le menu dans son ouvrage. Mais il s'attaque aux racines du mal.

« On imagine aussi qu'un blessé est sauvé parce qu'il franchit les grilles de l'hôpital. Autre erreur. Encore faut-il que les services soient adaptés, que les hommes soient prêts. Encore faut-il que les équipes de ramassage soient rodées, formées, équipées, rapides.

« On est loin du compte.

« Parce que l'accident n'a jamais été considéré comme ce qu'il est : un fléau moderne ; 143.999 accidents en 1960 ; 8.277 morts, 187.230 blessés. Plus de victimes grâce à lui que par toutes les autres maladies, cancer et cœur exceptés. Et tandis qu'on mettait en place de formidables moyens de lutte contre les maladies et les épidémies, on ne faisait rien contre les développements des accidents.

« Il faut revoir nos structures dépassées. »

Le docteur Marcel Arnaud, qui dernièrement, à Paris, présenta une importante communication devant l'Académie de Médecine et, la semaine suivante, à Bruxelles, participa à une séance d'études réunissant les spécialistes de la télévision et ceux des secours aux blessés, expose dans ce livre ce que devraient être les bases de ces structures, d'une sorte de nouvelle science adaptée, extensible à tous les accidents, de montagne, de la mer et du ciel.

La prévention reste, certes, indispensable, d'autant que 9 sur 10 des accidents sont le triste résultat de fautes humaines.

Mais les soins de l'inévitable ont besoin d'être profondément étudiés.

Un second petit livre suivra, suite logique, examen du blessé hospitalisé, décisions d'urgence.

« Dans cet ouvrage, dit le docteur Arnaud, la ligne de voir sera le souci de considérer l'homme comme un tout. On ne doit pas étudier chaque cas d'espèce ni découper l'homme en tranches. Un malade vint me voir un jour. Au rez-de-chaussée, me dit-il, on a soigné mes yeux. Au premier, ma vessie. Au second, mes oreilles. Quand va-t-on s'occuper de « moi » ? En traumatologie, l'hom-

me n'est pas une caisse brisée ou une épaule démise. Il est un blessé qui souffre et qu'il faut soigner jusqu'aux plus profondes conséquences du mal apparent. »

Si, de son livre, le lecteur pouvait tirer assez d'idées pour gagner la prudence ; si les pouvoirs publics s'en inspiraient pour compléter l'équipement de secours selon une politique bien comprise, la croisade du docteur Arnaud prendrait son vrai sens : le salut de l'homme broyé par ses machines.

Jean TRAVERS.

\*\*\*

Nous avons cru intéresser nos lecteurs en reproduisant in extenso l'article de M. Jean Travers, paru dans le « Provençal » du 15 janvier 1962, relatant l'activité du professeur Marcel Arnaud, qui est depuis plus de trente ans l'un de nos médecins-conseils.

Sa nature humaine et sociale a été appréciée en maintes circonstances par nos camarades qui ont eu recours à ses services.

Sa modestie légendaire dût-elle en souffrir, nous croyons à cette occasion devoir lui exprimer — à nouveau — l'expression de la reconnaissance des travailleurs mutilés du travail.



Un soir de juin dernier, au pied du col de la Gineste, le docteur Marcel Arnaud (en haut, à gauche), procéda, à distance, à l'aide de caméras de télévision, à des essais de secours à des blessés de la route, essais qui devaient être décisifs et connaître un large retentissement.

(Photo « Le Provençal ».)

Et sur la photo, près du micro, Marcel ARNAUD est au coeur du dispositif.

De quand date la "télémédecine" ?

Article de presse retrouvé dans les archives du  
Professeur ARNAUD (daté de sa main).

*Le Provençal 5.4.63*

## IMPORTANT STAGE DE SECOURISME ROUTIER EN SEINE-ET-OISE

*dirigé par le professeur ARNAUD, de Marseille*



*Le professeur Arnaud, du service sauvetage des blessés de la route, au cours d'une démonstration à Nainville-les-Roches.  
(Téléphoto spéciale)*

(En page 14, l'article de notre envoyé spécial :  
**Pierre BERNARD**)

Après les chirurgiens, les médecins, les ministères, Marcel ARNAUD, qui se donne tout entier à cette oeuvre va parcourir la France (et d'abord Nainville les Roches, école nationale de la Protection Civile devenue ensuite celle des officiers de sapeurs-pompiers) afin de former d'abord les sapeurs-pompiers (les premiers concernés) aux nouvelles techniques (car elles n'existaient pas), d'intervention sur les blessés de la route.

Et nous l'avons vu souvent avec son mégaphone pour diriger les exercices !

# La Protection civile est décidée à développer le secourisme routier

Un premier stage de perfectionnement dirigé par le professeur ARNAUD, de Marseille, vient de réunir en Seine-et-Oise

50 officiers de sapeurs-pompiers

(De notre envoyé spécial : Pierre BERNARD)

L'organisation des secours aux blessés de la route se précise. C'est un problème d'urgence dont on s'occupe activement depuis quelque temps. Cette assistance aux victimes de la circulation routière se construit méthodiquement avec un soin de perfection qui est reconfortant.

Dans le cadre de cette vaste réalisation d'intérêt général et vital, un premier stage de perfectionnement des secouristes de la Protection civile vient de se dérouler sur le plan national. Pour ce premier rassemblement, on a fait appel au professeur Marcel Arnaud, chirurgien des hôpitaux de Marseille pour diriger les cours et les animer avec la précieuse collaboration du sous-préfet Arrighi, directeur de la protection civile des B.-du-R. et du médecin-commandant Dufraisse, médecin-chef des Services d'incendie et de secours du Vaucluse.

Pendant cinq jours, cinquante officiers de sapeurs-pompiers, hommes de secours par excellence et aussi d'intervention, venus de toutes les régions de France, viennent d'être réunis à Nainville-les-Roches, en Seine-et-Oise, dans le vaste domaine où se trouve installé le Centre National d'Etudes de la protection civile.

Dans cette école parfaitement organisée sous l'autorité de M. le préfet Raoul, chargé de la direction du Service national de la protection civile et dirigée par M. le préfet Vidal, directeur, assisté du commandant Gérard, les 50 stagiaires invités ont pu parfaire

leurs connaissances dans le domaine si délicat du secourisme routier. Nous avons eu le privilège d'assister à quelques séances de travail et nous sommes persuadés à travers les discussions, après les multiples échanges de vues provoqués en notre présence à l'issue des exposés, que les colloques ont été riches en enseignements.

## Responsabilités

Au cours de ces débats les stagiaires ont fait preuve d'un véritable sens des responsabilités. Tous ces hommes venus pour se perfectionner que nous avons vus attentifs lors des différents cours étaient des secouristes diplômés, sachant émettre un diagnostic, stopper une hémorragie, pratiquer la respiration artificielle soit par oxygène soit par la thérapeutique du bouche à bouche. Ils ont été conscients de leur rôle de pivot dans l'organisation mise peu à peu en place le long des itinéraires routiers.

Les secouristes de la Protection civile ont d'ailleurs effectué, hier, une belle démonstration du prompt secours, le seul efficace, au cours d'un exercice pratique. Cette expérience a suffi à démontrer de manière indiscutable qu'ils sont les seuls aptes à secourir normalement les blessés de la circulation routière.

## Inexpérience dangereuse

On ne dira jamais trop, en effet, combien l'intervention d'un automobiliste inexpérimenté peut être préjudiciable pour un accidenté de la route. Le rôle du té-

moins doit se limiter uniquement au déclenchement de l'alerte. Le reste, c'est-à-dire le secours est l'affaire du secouriste qui peut sans danger placer dans la position la plus favorable la victime et prendre toutes dispositions médicales utiles.

## Avant-garde

En présence du médecin général Genaud, conseiller technique au ministère de l'Intérieur, et de nombreuses personnalités parmi lesquelles le docteur Soubiran, M. Letourneur-Hugon, directeur du Secours routier français et M. Schrameck, président du Secourisme français, le professeur Arnaud a renouvelé pour sa part la captivante et intéressante démonstration de secourisme d'avant-garde mais qui est tout de même l'avenir : instructions et soins à distance au moyen de la télévision par un médecin en liaison depuis l'hôpital avec l'équipe d'intervention appelée sur la route.

Ce stage de perfectionnement des secouristes de la Protection civile pour les accidents de la route, marque le début d'une organisation qui doit s'implanter partout pour fonctionner efficacement. Il fait partie d'un plan d'intervention méthodique qu'il faut réaliser le plus vite possible pour assister normalement les blessés. La Protection civile possède des secouristes de valeur qui n'ont besoin que de moyens techniques — ambulances équipées et radiophonie — pour répondre au moindre appel sur le réseau routier. Le stage de Nainville-les-Roches, dû à l'initiative du professeur Arnaud, de Marseille, est l'amorce du développement du secourisme routier.

A Nainville et à Valabre (Bouches du Rhône), Marcel ARNAUD va "roder" ses stages.

Ses fidèles compagnons sont autour de lui.

Ici, en 1963, le sous-préfet ARRIGHI et le Docteur DUFRAISSE (ils seront tous les deux au cimetière de Mazargues le 18.8.1987 pour l'Hommage rendu à leur Ami).

Puis Marcel ARNAUD parcourra la France.

La période la plus intense sera celle des années 1962-1972 environ.

L'exercice, au cours du stage, eut lieu en présence du directeur de l'époque du Secours Routier Français (M. LETOURNEUR-HUGON), organisme qui aide Marcel ARNAUD dans son action et dont il présida la commission médicale. Egalement du Docteur SOUBIRAN avec qui, en 1959, furent créées les premières assises sur les accidents de la route permettant ainsi à Marcel ARNAUD d'avoir un relais à ses idées et surtout de les faire connaître.



**CENTRE INTERDEPARTEMENTAL d'ETUDES de la PROTECTION CIVILE  
CHATEL-GUYON - Stage n° 6 du 13 au 17 AVRIL 1970 -**  
(Photo L.GENDRE)

Achevant à la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris mon engagement de trois ans, passionné de Secourisme depuis plusieurs années déjà, moniteur de secourisme à la Croix-Rouge en 1967 puis moniteur national en 1968, je suivais enfin le stage animé par le Professeur ARNAUD lui-même en avril 1970 à Châtel-Guyon.

Mes notes (ci-après) recopiées au propre, rappellent ce qu'il faut essentiellement retenir :

Les 5 premières minutes après l'accident sont capitales pour la survie des blessés qui meurent d'asphyxie et de choc.

[Mais, sauf exception, les secours n'arrivent jamais 5 minutes après l'accident. Parfois c'est le temps nécessaire pour les alerter !].

Marcel ARNAUD insistait sur la suppression du garrot (que l'on retrouve encore dans des programmes récents de Secourisme probablement à cause de ceux qui font du Secourisme dans un bureau et non véritablement sur le terrain !).

Il employait des phrases percutantes, il vous regardait droit dans les yeux, il provoquait son auditoire afin de le faire réagir !

Outre qu'il était le fondateur de ce Secourisme routier, il excellait dans la manière de l'enseigner, il faisait vivre ses cours !

14 AVR. 1970

Les 5 premières minutes après l'accident sont capitales pour la survie des blessés qui meurent :

d'ASPHYXIE.  
de CHOC.

50% meurent AVANT leur arrivée à l'hôpital.

23% au cours du 1er jour.

### DÉTRESSES VITALES :

- Détresse Circulatoire = Collapsus - Arrêt cardiaque
- Détresse Respiratoire = Hypoxie, Anoxie, Asphyxie
- Détresse Neuro-Végétative = Coma (inconscience totale).

PREMIERS SOINS : Compression hémorragie  
Apport d'oxygène

↓  
avant de déplacer.

1<sup>ère</sup> Urgence : SAUVEGARDE (Déplacement - Position Sté)

2<sup>ème</sup> Urgence : PROTECTION (Immobilisation - Arr. lésion)

3<sup>ème</sup> Urgence : EVACUATION (Transport → H)

2 actions :

- sur le bord de route
- en route vers l'hôpital.

## ABORDAGE de la Victime

1<sup>er</sup> → FACE

- Pouls carotidien
- Pupilles
- Coloration

Rôle du Public : Pas d'incendie  
de sur-accident  
d'asphyxie  
d'hémorragie  
de mobilisation

Rôle des Secours : Bien oxygéner  
dégager  
tirer dans l'axe  
sauvegarder  
transporter.

Suppression du Garrot :

car à l'hôpital on pratique des réparations d'artères (greffon) et plus de ligatures.

Cela n'est possible que si l'on ne pose pas de garrot car autrement il y a une thrombose de l'artère.

Donc : Compression manuelle ou  
Pansement compressif

35

Sauvegarde  
Secours spécialisés  
dans hospitaliers

## ALERTE

Gendarmerie  
Police  
Pompiers  
Secours Routier

afin de toucher des équipes spécialisées (24x24h).

il existe : Plan Départemental de Secours Routier

- le département est divisé en secteurs
- chaque équipe a un secteur déterminé.

" FAIS A AUTRUI CE QUE TU VOUDRAIS  
QUE L'ON FASSE A TOI MÊME.  
CONSIDÈRE LA VICTIME COMME  
TA MÈRE, TON PÈRE "

## Intervention

### FACE

→ modification si mauvaise manipulation →	{	Conscience →	Parole, intellect.
		Respiration →	Rythme, gêne.
		Coloration →	Peau, lèvres.
		Pouls carotidien →	ampleur, vitesse.
		Pupilles →	Dimensions, réflexes. égalité.

PUPILLES : ombre = grosses (dilatées)  
lumière = petites (contractées).  
reviennent normales soit moyennes.

### Pupilles anormales

myosis

mydriase

inégales

↙ si sombre

↘ si lumière

↘ en permanence.

## Evolution

PUPILLES :



COLORATION :

rose

lilas clair

violet  
foncé

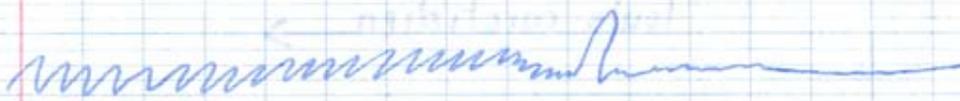
bleu  
foncé

livide

RESPIRATION :



CIRCULATION :



Désincarcération = Calage sérieux des voitures.

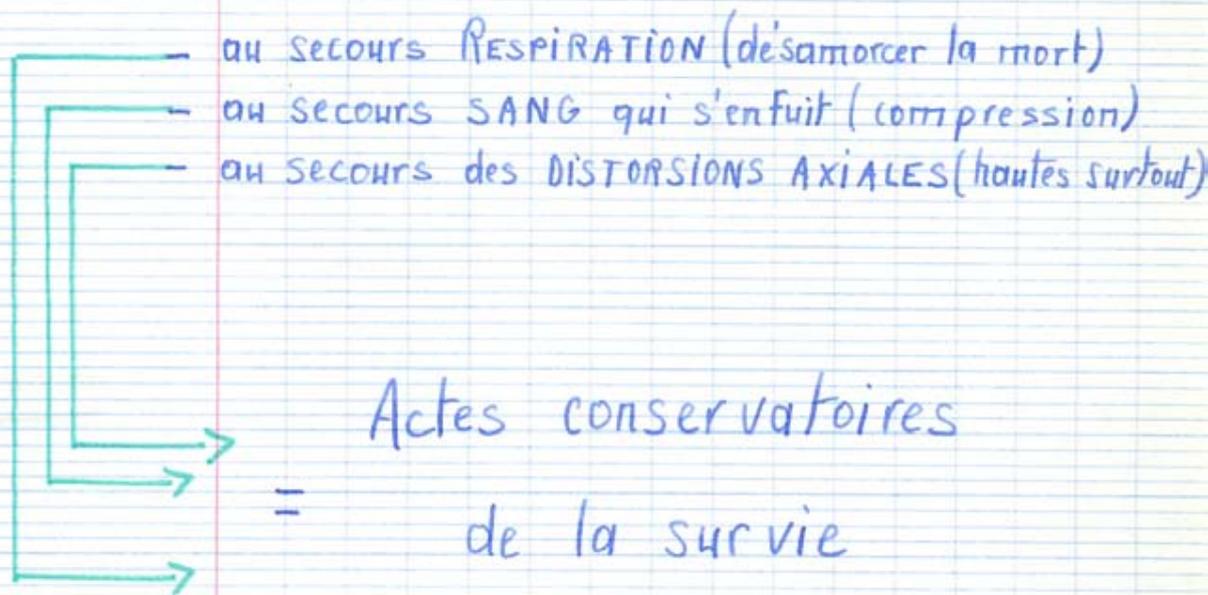
DANGERS

- explosion : réservoir (essence + air)
- mains : gants
- yeux : lunettes
- tête : casques

Protéger les blessés → couverture.  
attention → étincelles, fumées.

## La 1ère action : L'Abordage

nécessités vitales initiales





Il y avait de nombreux exercices et nous apprenions pour la première fois de nouveaux gestes, d'autres techniques (alors que nous étions tous des moniteurs de Secourisme).

Ce fut la "traction tête-pieds" pour manipuler de tels blessés, l'utilisation des vêtements pour aider au relevage (photo 1), la technique du relevage par rotation du corps (on voit ici - photo 2 - Marcel ARNAUD, courbé, ajuster la position du brancard).

Les nombreuses techniques d'abordage des blessés dans les véhicules, incarcérés ou pas (photo 3).

Puis ce fut, le samedi matin, le départ de Marcel ARNAUD avec le sous-préfet ARRIGHI - photo 4, que j'eus le réflexe de prendre !

CENTRE INTERDEPARTEMENTAL D'ETUDES  
de la PROTECTION CIVILE

CHATEL-GUYON (Puy-de-Dôme)

THEME DE L'EXERCICE DE NUIT

JEUDI 16 AVRIL 1970

Une voiture automobile passant dans la nuit et un peu vite sur un chemin habituellement désert, heurte 2 piétons. L'un d'eux resté sur place, a une fracture ouverte de la jambe droite, qui le cloue au sol ; très conscient il se traîne et appelle à grands cris son camarade disparu de son regard. Il porte en outre quelques éraflures qui zèbrent sa face pâle et inquiète.

Le second piéton a été lui projeté au loin, il est dans le coma, saignant du nez et de l'oreille droite, très pâle et déjà en dette d'oxygène, il est couché à plat dos portant une large ouverture de son genou gauche.

Le conducteur de la voiture est resté dans la carrosserie, à sa place mais après que son véhicule ait effectué une chute au fond d'un ravin. Il est blessé porteur d'un fracas ouvert du poignet gauche, d'une large plaie du front qui saigne sur sa figure. Au demeurant il est demi-conscient, puisqu'il se plaint de son dos lorsqu'il est manoeuvré maladroitement et de douleurs thoraciques aux inspirations profondes et à la toux.

L'alerte au Centre de Secours de CHATEL-GUYON est donnée par un stagiaire qui en se promenant en ces lieux avec deux de ses camarades, a entendu appeler au secours.

---

Et puis, au milieu du stage, il y avait le fameux exercice de nuit au cours duquel les nouveaux "réflexes" de chaque stagiaire seraient testés. Les opérations furent tellement prises au sérieux que ceux qui "jouèrent" les témoins déclenchèrent vraiment les secours ! Au cours de "l'exercice" tout était mis en place pour créer les conditions réelles d'un grave accident de la route : il y avait les carcasses mais aussi les cris des victimes, du sang !

D'ailleurs, dans le journal "Tribune Médicale" (journal international) du samedi 4 avril 1970, était raconté en détail un exercice de nuit du même genre effectué à Nainville pour des médecins, il suffit de lire et d'observer ces photos pour comprendre !  
(archives du Professeur ARNAUD)

# Médicale

té médicale dans le monde

Samedi 4 avril 1970

## Stage de secourisme routier pour médecins



Exercice de nuit au cours du stage de secourisme routier qui a réuni une vingtaine de médecins au Centre national d'enseignement de la protection civile (C.N.E.P.C.) à Nainville-lès-Roches, dans l'Essonne (voir photo-reportage pages 8 et 11).



Ci-dessus : le Pr Arnaud (debout à droite), durant l'un des exposés qui ont constitué la partie théorique de l'enseignement dispensé lors du stage.

## Un stage de secourisme routier est organisé pour les médecins

UN STAGE de secourisme routier organisé à leur intention a réuni une vingtaine de médecins du travail et de médecine rurale trois jours durant au Centre national d'enseignement de la protection civile (C.N.E.P.C.) à Nainville-lès-Roches (Essonne).

L'enseignement théorique a principalement porté sur l'étude de la biopathologie et des tendances évolutives immédiates du polytraumatisé de la route, et la présentation de matériel de réanimation respiratoire et de désincarcération des accidentés a permis aux stagiaires de se familiariser avec les différentes techniques utilisées en matière de secourisme routier.

La pratique du secourisme tenait une large place dans l'organisation du stage et deux exercices, dont l'un s'est déroulé de nuit, ont donné aux stagiaires l'occasion de s'entraîner au maniement des outils nécessaires au sauvetage d'un accidenté. Le Pr Arnaud, chirurgien des hôpitaux de Marseille et professeur au C.N.E.P.C., qui dirigeait le stage, a déclaré à TRIBUNE MÉDICALE :

« De nombreux médecins viennent en stage dans les différents centres d'enseignement de la Protection civile pour y apprendre le secourisme opérationnel. Ils prennent sur leur temps afin de pouvoir se documenter sur une discipline qui, ainsi qu'en témoignent les erreurs nombreuses commises lors des exercices, leur est, hélas, trop souvent inconnue. Cette constatation, à une époque où l'on songe de plus en plus à « médicaliser » le secourisme en dotant les ambulances de personnel purement médical, devrait faire prendre conscience aux pouvoirs publics du fait que le secourisme est une forme de médecine très particulière, qui devrait faire l'objet, en Faculté, d'un enseignement spécial ».



Après avoir découpé le toit du véhicule accidenté, les secouristes procèdent à l'extraction d'une victime et la déposent sur un brancard.



Ci-dessous : s'aidant de pâte à modeler, d'une spatule et de sang artificiel, le Pr Arnaud effectue devant les stagiaires le « maquillage » d'un genou simulant une fracture ouverte de la rotule.



059 Une simulation terminée de fracture ouverte du tibia permet d'apprécier le réalisme auquel parviennent les spécialistes du C.N.E.P.C.



L'emploi de la scie à mouvement alternatif, serait préférable, selon les organisateurs de stage, à celui de la tronçonneuse, car, contrairement à cet instrument, elle ne cause pas les bruits très importants qui pourraient indisposer le traumatisé et ne provoque pas de gerbes d'étincelles, qui augmentent les risques d'incendie.

La désincarcération des accidentés se fait en sciant la carrosserie du véhicule endommagé. La tronçonneuse est l'un des instruments que l'on peut utiliser pour réaliser cette opération.



Lors de l'exercice de nuit, l'équipe de secours se prépare à dégager la victime incarcérée et à la transporter sur un brancard préparé à cet effet.



Ci-dessus : au cours d'un déjeuner réunissant les stagiaires, le Dr Pilorgé (à droite) représentant de l'Association française de médecine rurale, avec, à sa droite, le Pr Arnaud, M. le Sous-Préfet Arnaud, directeur du Centre de Nainville-lès-Roches, le médecin général Genaud et le Dr Dufraise, tous deux professeurs au C.N.E.P.C. A droite : le Pr Arnaud (au centre) entouré de M. le préfet Perreau-Pradier (à droite) directeur du Service national de la protection civile (S.N.P.C.) et du Dr Hohsan Bahri, médecin inspecteur divisionnaire au Bardo (Tunisie).



Marcel ARNAUD nous a donc laissé tout d'abord son témoignage et son expérience, ses idées, par un premier document "les blessés de la route" - du prompt-secours au bord de la route, à l'accueil au centre chirurgical.

Fruit de tout ce qu'il a observé, sur les routes ou dans son service de l'hôpital de la Conception à Marseille (où il prit sa retraite fin 1961), fruit de sa réflexion sur ce fléau majeur des accidents de la route (qui tue toujours en 1998 environ 9000 personnes et toujours beaucoup de jeunes - chiffre évalué car les statistiques s'arrêtent toujours, on ne sait pourquoi, à 6 jours !), son livre est notre bible, un ouvrage exceptionnel.

MASSON ET C<sup>ie</sup> ÉDITEURS  
*Libraires de l'Académie de Médecine*  
120, BOUL. SAINT-GERMAIN, PARIS-VI<sup>e</sup>  
Dépôt légal n° 3876 - 4<sup>e</sup> trimestre 1961  
MARCA REGISTRADA

Imprimé en France

IMPRIMERIE LAHURE  
9, RUE DE FLEURUS, PARIS-VI<sup>e</sup>  
53147 — 1961

L'ouvrage de Marcel ARNAUD se termine par des conclusions et des citations émises lors de colloques ou congrès, soit l'opinion d'éminents spécialistes.

On remarquera que déjà (en 1960) on pensait (Pr CARDENAS-RODRIGUEZ, Espagne) que "tous les conducteurs de voitures devraient recevoir des cours de secourisme pour bien connaître ce qu'il convient de faire à un blessé..."

Evidemment, la "P.L.S" - position latérale de sécurité (l'un des 5 gestes qui sauvent) est souvent citée !

Et on reparle du congrès de chirurgie de juillet 1959 ... et "des règles élémentaires de secourisme" à enseigner au public en cas d'accident de la route.

Marcel ARNAUD rappelait souvent une citation de Bernard SHOW qu'il avait écrite au tableau dans la salle de nos cours théoriques à Châtel-Guyon en ce mois d'avril 1970 :

"L'homme serait depuis longtemps heureux si tout le génie qu'il met à réparer ses bêtises avait été utilisé à ne pas les commettre".

Oui, nous l'avons dit à Marseille le 18.8.1987 en présence de sa fille "Marcel ARNAUD fut le premier et le plus grand".

## CHAPITRE IV

# CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

*« L'inégalité et l'instabilité des choses humaines ne permettent à aucun art d'établir en rien une règle absolue qui s'applique à tous les cas et à tous les temps. »*

(PLATON.)

## CONCLUSIONS

Il est habituel que l'auteur d'une monographie tire lui-même les conclusions pratiques des idées et des doctrines qu'il a exposées.

Nous nous excusons auprès du lecteur de déroger à la coutume et de confier à d'autres signatures qu'à la nôtre la partie doctrinale des conclusions.

Nous avons donc assemblé dans les pages qui suivent une anthologie des opinions nationales et internationales les plus autorisées et qui se sont exprimées au cours des années précédentes sur le problème des secours aux blessés de la route. Nous y avons joint des vœux académiques et des conclusions de Congrès ou d'Assises récemment formulés.

C'est par souci de neutralité doctrinale, sur un thème qui jusqu'à l'année dernière n'avait pas encore pu réunir l'accord unanime des médecins français, que nous avons préféré agir ainsi : le lecteur puisera à son gré, de lui-même, dans les « morceaux choisis » (1)

---

(1) Le lecteur s'étonnera peut-être que les propos, les écrits ou les conclusions des divers auteurs ici rapportés, qui n'ont subi aucune autre classification que leur chronologie, comportent quelque désordre et beaucoup de redites. Nous avons là agi avec l'intention de bien prouver que, malgré la diversité de leurs horizons, les préoccupations de tous ces auteurs se rejoignent et que, finalement, leurs opinions concordent. Et c'est cela qui, à notre avis, a le plus de valeur !

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

qui vont suivre, matière à conclure sur le plan doctrinal et surtout à réfléchir aux tactiques que nous avons proposées et aux techniques que nous avons jugé utile de préciser.

*1<sup>o</sup> Conclusions des participants étrangers au Colloque International de Médecins sur le sauvetage des grands blessés de la route* (organisé le 24 juin 1960, à Paris, par la Fédération internationale automobile).

« Il faut constater ce fait douloureux, incompréhensible en 1960, époque de progrès dans l'assistance médicale en général : l'assistance de premier secours dans les accidents de la route est en retard de plusieurs dizaines d'années...

« ... Tous les usagers de la route devraient savoir qu'un blessé grave meurt sur place avant que des médecins ou infirmiers compétents soient auprès de lui, essentiellement :

« 1<sup>o</sup> Par suffocation due à l'occlusion des voies respiratoires (vomissements, sang, prothèses dentaires), ce qui arrive dans les traumatismes crâniens avec perte de conscience et abolition des réflexes. Il suffit souvent de retirer un dentier, soulever une mandibule et la langue, tourner la tête d'un blessé pour sauver une vie;

« 2<sup>o</sup> Par shock ou par collapsus traumatique, cas qui peuvent être contenus temporairement rien qu'en plaçant le blessé en légère position de Trendelenbourg, la tête en bas;

« 3<sup>o</sup> Par hémorragie, surtout interne, intrathoracique ou endo-abdominale : même dans ces cas la position de Trendelenbourg peut convenir...

« Il suffit de peu de notion pour que n'importe qui puisse apporter un premier secours suffisant dans l'attente de l'ambulance. »

Pr TENEFF (Italie).

« L'ambulance doit résoudre les problèmes suivants : assurer aux blessés la possibilité de respirer correctement ; prévenir les hémorragies ; prévenir le choc ; transporter le blessé à l'hôpital de manière à ce que son état ne soit pas aggravé. Nos ambulances sont équipées

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

en tenant compte de ces problèmes; elles sont servies par un personnel spécialisé, entraîné et instruit des méthodes efficaces. »  
Dr CHRISTENSEN (Danemark).

« Nous déconseillons formellement en Suisse le transport des blessés par les témoins. » Dr ZANDER (Suisse).

« La qualité des résultats finaux dépend en tout premier lieu de la rapidité et de la qualité du transport des blessés. Dans la grande majorité des cas, sur la base d'un service d'ambulances de qualité, il doit être possible de transporter les blessés sans danger à 20 ou 30 km du lieu de l'accident...

« Le service de transport doit être rattaché au Centre chirurgical qui hospitalisera les blessés, de façon à éviter au maximum les pertes de temps.

« Il importe que chaque voiture emmène un personnel entraîné, sous la responsabilité d'un jeune médecin...

« ... Nous sommes arrivés au stade où on ne peut plus conduire un blessé n'importe où et n'importe comment. » Dr BELENGER (Belgique).

« ... Tous les conducteurs de voitures devraient recevoir des cours de secourisme pour bien connaître ce qu'il convient de faire à un blessé... Je crois qu'il est toujours mieux de laisser un blessé sur place, d'enlever une voiture qui l'écrase, de mettre un garrot sur un membre arraché et une couverture sur le malade et d'aller le plus vite possible demander, par téléphone, du secours. »  
Pr CARDENAS-RODRIGUEZ (Espagne).

« ... Même dans les régions où plusieurs heures passeront avant l'arrivée de l'ambulance, le blessé peut, selon nous, rester sur les lieux de l'accident. En d'autres termes le blessé choqué sera mieux traité s'il attend l'ambulance... Les chirurgiens danois ont étudié près de 700 blessés par accidents de la route qui étaient morts après leur accident, soit juste après l'accident, soit plusieurs heures ou plusieurs jours après l'accident... La plupart des décès survenus avant que le patient atteigne l'hôpital étaient dus à une obstruction des voies respiratoires à un choc non traité ou mal traité.

« En conclusion : un témoin d'un accident de la route ne doit pas s'emparer d'une personne blessée et la conduire à l'hôpital le

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

plus proche. Il doit laisser la victime sur les lieux de l'accident et prévenir immédiatement l'hôpital ou le centre le plus proche qui enverra une ambulance. Il devra donner au patient des soins de premiers secours immédiats pendant que celui-ci attendra l'ambulance. Ces soins de premiers secours seront spécialement de s'occuper de la liberté des voies respiratoires et de protéger le blessé contre le choc. » Dr ANDREASSEN (Danemark).

« Le traitement du choc traumatique est indispensable avant tout transport même en cas de blessure crânienne grave. Il faut également prévoir des intubations en cas d'aspiration sanguine intra-pulmonaire...

« L'activité du médecin sur place se bornera essentiellement :

« 1<sup>o</sup> Au traitement du choc, perfusions, cardio-toniques;

« 2<sup>o</sup> Réduction et immobilisation provisoire des fractures pour diminuer le danger d'embolie;

« 3<sup>o</sup> Hémostase;

« 4<sup>o</sup> Position appropriée du blessé *jamais sur le dos* pour éviter l'aspiration du sang et des vomissements. » Dr KRIETEMEYER (Allemagne).

### *2<sup>o</sup> Opinions formulées au cours de réunions scientifiques par des personnalités médicales nationales.*

« Il est moins dangereux pour un grand blessé d'attendre sur le bord de la route un secours médical éclairé que de subir le gros risque d'une mobilisation contre-indiquée et d'un transport plus rapide par des soins volontaires bien intentionnés mais incompétents.

« Il y a des blessés à ne pas bouger;

« Il y a des blessés à ne pas transporter;

« Mais à réanimer sur place avant le transport en les confiant à une équipe médicale envoyée d'urgence par le poste de prompt-secours le plus proche alerté. » Ch. RICHEL, R. MONOD, A. MANS et M. ARNAUD (*Académie de Médecine, 1958*).

Au Symposium sur les Accidents de la Route (Bruxelles, 1958), le Professeur MERLE D'AUBIGNÉ déclare :

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

« La fréquence si grande des accidents de la route devrait faire mettre en place une organisation analogue à celle qui existe sur les pistes de ski où le premier passant ne cherche ni à transporter ni à soigner le blessé, mais se hâte de terminer sa descente pour expédier sur les lieux de l'accident une équipe de secouristes entraînés et outillés qui y parvient presque toujours en quelques minutes.

« Une célérité comparable en matière d'accident de la route pourrait être obtenue par un réseau assez serré de postes téléphoniques routiers. »

**Assises Régionales des Accidents de la route (Nice, 1960) :** « Sur les bords de route l'idéal serait de secourir rapidement les blessés asphyxiques et de les amener au Centre chirurgical d'urgence dans des ambulances bien équipées avec oxygène sous pression, appareils d'aspiration, appareil élémentaire de respiration automatique.

« Un médecin qualifié, assimilable au médecin de bataillon en temps de guerre, pourrait dispenser sur le lieu de l'accident et pendant le transport un certain nombre de soins urgents. » (J. DOR, 1960).

**Assises Nationales des Accidents de la Route (Paris, 1960) :** « Une victime inanimée qui ne respire plus n'est pas obligatoirement morte. Elle peut être en arrêt respiratoire d'inhibition à la suite du coup.

« Il suffit parfois de quelques instants de respiration artificielle pour la réanimer. Ne jamais laisser les traumatisés du crâne dans une position dorsale où ils risquent de s'asphyxier.

« Chaque fois que l'on dégage une victime d'un accident d'auto, il faut prendre de très grandes précautions pour immobiliser la colonne cervicale. » (LARTIGUE).

« Il semble prouvé, à l'heure actuelle, que les traumatismes qui tuent immédiatement au bord de la route sont, d'une part, les traumatismes thoraciques et, d'autre part, les traumatismes crâniens.

« Le mécanisme de la mort dans beaucoup de ces accidents est dû au fait que le blessé va entrer en asphyxie, va avoir un encombrement des voies respiratoires.

« C'est pourquoi, au point de vue secourisme, il faudrait apprendre aux gens qui ont à s'occuper de traumatisés au bord de la route

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

d'assurer aux traumatisés graves (crâniens ou thoraciques) une respiration possible. Il faudrait mettre cet accidenté en position convenable afin qu'il n'inonde pas sa trachée et ses bronches et afin qu'il puisse tout de même garder l'oxygénation voulue avant l'arrivée des secours.» (H. LE BRIGAND).

### *3<sup>o</sup> Vœux académiques et ordres du jour de Congrès ou d'Assises.*

L'Académie de Chirurgie, le 3 juillet 1959, émet le vœu : « 1<sup>o</sup> 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...

« 2<sup>o</sup> Qu'afin de mesurer le concours rationnel et efficace du public en cas d'accident de la route, une propagande bien conduite fasse son éducation, afin de lui enseigner les règles élémentaires de secourisme... »

(Ce vœu a été voté en fin d'une discussion menée par le Professeur A. SICARD sur des propositions du Professeur Agr. FORSTER.)

Congrès National Italien du « prompt-secours chirurgical sur route » (Gênes, 19-20 décembre 1959). — « 1<sup>o</sup> ... Il est nécessaire de mettre en fonction un service national d'alarme...

« 2<sup>o</sup> D'instruire le public sur le danger du transport irrationnel des blessés...

« 3<sup>o</sup> D'organiser auprès des blessés graves et à l'endroit même de l'accident des moyens de prompt-secours, cela pour éviter que 50 % de ces victimes ne meurent pendant leur transport à l'hôpital.

« 4<sup>o</sup> De doter les centres de prompt-secours d'ambulances... adaptées à la réanimation des blessés aussi bien sur place que pendant leur transport... »

(Conclusions votées sur proposition des Professeurs DOGLIOTTI (Turin), PETTINARI (Padoue) et MALAN (Gênes).

Congrès International de Sécurité Routière (Nice, septembre 1960). — « Souligne la nécessité de perfectionner les systèmes d'alerte existants.

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

« Exprime le vœu qu'un numéro d'appel téléphonique soit adopté dans divers pays pour les secours d'urgence;

« Souligne que les conditions adéquates du transport sont souvent préférables à sa rapidité;

« Recommande que soit intensifié l'enseignement général des premiers soins à donner aux blessés graves.

« Que soit attirée l'attention du public sur les dangers d'interventions inopportunes ou maladroites de la part de personnes n'ayant pas de connaissances, même élémentaires, en la matière.

« Recommande que soit généralisé le port de documents donnant des indications sur les caractéristiques de leurs titulaires, importantes du point de vue médical.

« Exprime le vœu qu'une coopération étroite soit établie entre les autorités compétentes et les milieux directement intéressés en vue d'une action coordonnée rapide et énergique visant à réduire au minimum, grâce à des interventions efficaces et pertinentes, le nombre des victimes d'accidents de la route qui succombent à leurs blessures;

« Souligne la nécessité d'intensifier l'étude scientifique du phénomène des accidents de la route sous tous ses aspects;

« Recommande qu'une collaboration internationale plus étroite en la matière soit établie;

« Prend note avec satisfaction des efforts effectués actuellement dans ce sens. »

## ÉPILOGUE

S'il est bien certain qu'en France la « traumatologie moderne » n'a pas encore fait son entrée officielle ni dans le monde médical, ni dans les Centres hospitaliers, ni dans les Universités, ni même dans la Société, on peut, sans crainte d'être démenti par les faits, affirmer que cela ne saurait tarder.

Les traumatismes actuels, dont les accidents de la route représentent une large moitié, inquiètent le monde (1); leurs dimensions sont telles que désormais leurs fracassants ravages répercutent leurs échos sur un public de mieux en mieux averti. Ainsi, les accidents prennent-ils aujourd'hui, dans les causes de la mortalité des

---

(1) L'O.M.S. a décidé de consacrer l'année 1961 à l'étude particulière des « Accidents ». La journée du 7 avril a consacré le lancement de cette campagne d'« alerte au public ».

## CONCLUSIONS ET ÉPILOGUE

« jeunes », ce rang peu envié qu'occupaient hier les maladies par grandes infections. Celles-ci, maintenant vaincues grâce à des moyens énormes de prophylaxie et de soins, cèdent à ceux-là leur ancienne et redoutable létalité. Et les traumatismes aggravent encore leur malfaisance par de fréquentes et invalidantes séquelles.

Les hommes n'accepteront jamais très longtemps, sans leur résister coûte que coûte, ces accidents qui les tuent ou qui les marquent pour la vie.

Ils mobiliseront donc un jour, contre ce fléau social qui tend à les détruire, les mêmes puissantes énergies qu'ils dressaient hier contre de mortelles infections. Et ils feront encore appel à nous.

Notre devoir de médecin est de ne pas attendre leur appel angoissé pour repenser nos organisations conventionnelles aux moyens aujourd'hui dépassés; ni pour réformer nos tactiques et nos doctrines qu'un classicisme entêté risque de laisser impuissantes devant une traumatologie de plus en plus taillée aux dimensions de notre époque.

\*  
\* \*

Nous aurons atteint notre but si nous avons convaincu nos lecteurs du rôle essentiel du médecin à tous les stades d'un accident corporel.

Nous serions satisfait d'avoir persuadé ce médecin de son efficacité réelle dans les secours rapides, méthodiques, précis et réguliers qu'il peut provoquer, ordonner, organiser ou assurer lui-même, en bord de route, auprès des victimes de la circulation.

\*  
\* \*

Mais nous serions surtout pleinement heureux si nous avions pu persuader nos collègues qu'une nouvelle spécialité, fruit amer de la vie mécanisée moderne, est en train de naître et que cette « traumatologie d'urgence » qui voit déjà le jour, attend d'eux une connaissance, une doctrine, un enseignement et une organisation secourante qui requièrent beaucoup d'efforts et toute leur ingénieuse et intelligente activité.

« Mais c'est de l'homme qu'il s'agit. Quelqu'un au Monde élèvera-t-il la voix ?  
Se hâter, se hâter ! »

(SAINT-JOHN PERSE).

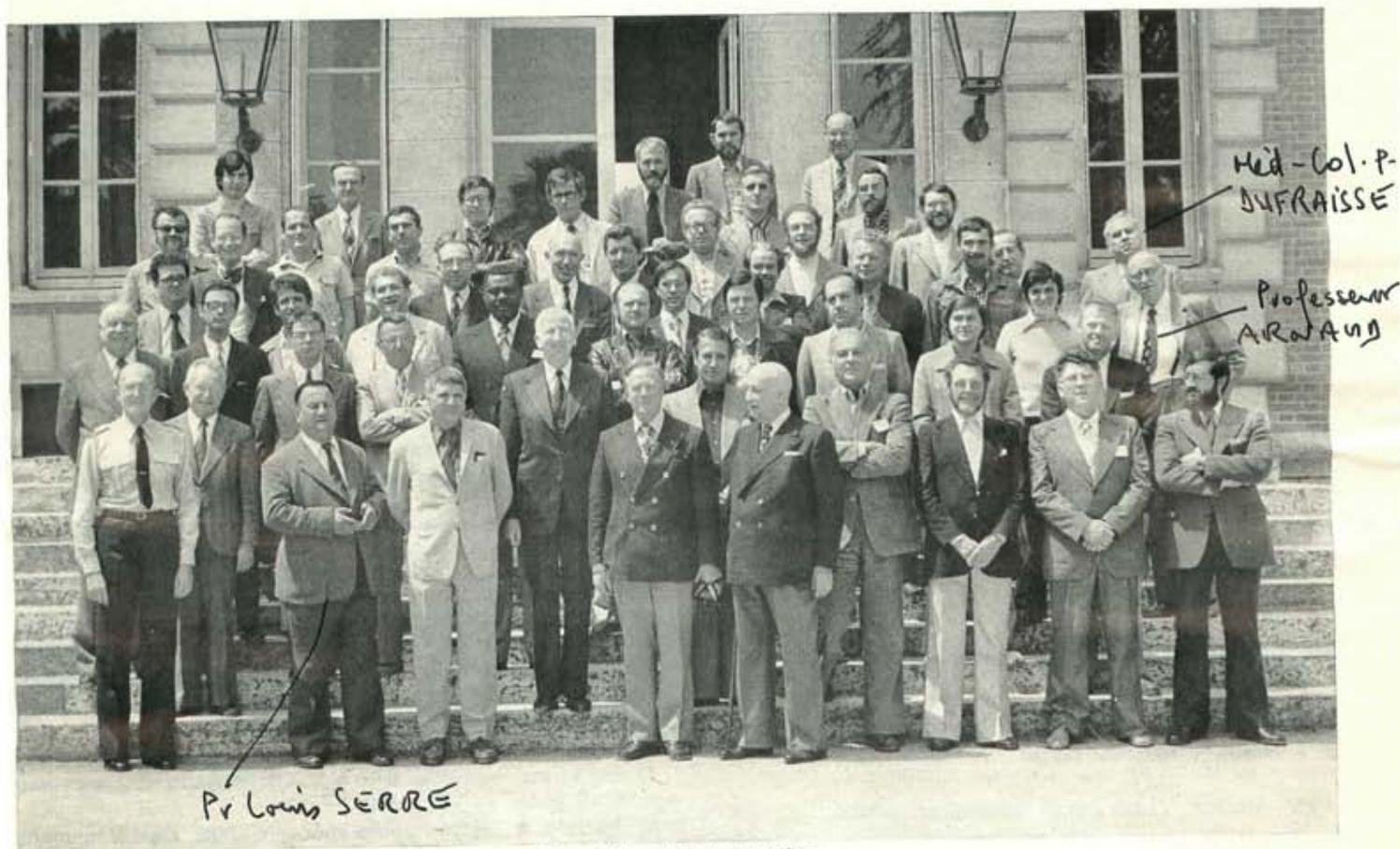
Stage 1120 : Secours routier (du 11 au 13 juin 1975).

"Ce stage sur le secours routier concernait 43 médecins de sapeurs-pompiers, avec le concours de MM le Professeur ARNAUD, le médecin-général Génaud, le Professeur Serre, les médecins-colonels Dufraisse et Prim. Le professeur Jolis, conseiller technique à la Croix-Rouge française a fait en outre un exposé sur les évacuations secondaires.

On sait que ce type de stage, fort apprécié des médecins, comporte un exercice de nuit consistant en un sinistre routier simulé.

Le colloque final traitait les sujets suivants :

- 1) La forme actuelle des V.S.A.B. est-elle à conseiller pour tous les véhicules ?
- 2) Le rôle fondamental du médecin dans l'enseignement d'un secourisme routier de haut niveau."



Stage 1120 — Secours routier.

Texte et photo publiés dans la revue "Protection Civile et Sécurité industrielle" de FRANCE-SELECTION.

Le 31.1.1960, un médecin de sapeurs-pompiers, le Docteur Pierre DUFRAISSE écrit au Professeur ARNAUD :

"N'ayant pu assister aux "Assises sur les accidents de la route" (dont le compte-rendu est paru dans la revue de l'A.C.M.F), Pierre DUFRAISSE adresse à Marcel ARNAUD (ce sera le premier contact avec lui) une étude qu'il a présenté à une réunion de médecins-chefs de sapeurs-pompiers en septembre 1959.

Et le Docteur DUFRAISSE de "s'excuser" d'avoir utilisé des expressions de Marcel ARNAUD (ces documents, ci-après, font partie des archives du Professeur ARNAUD qui nous ont été confiées par le Docteur NEUVEUX).

Docteur Pierre DUFRAISSE

28, Rue Joseph-Vernet  
AVIGNON

TÉL. : 81-16-74  
C. C. P. Marseille 1579-52

- Monsieur,

En ma qualité de Sapeur - Pompier,  
je vous salue à tous les quartiers  
circulant 13 aux Sautes & la route -

J'ai suivi avec attention votre  
journal de l'Automobile Club Médical  
les "Aniss" des accidents de la route  
auxquels je répute & avertisse  
peu hélas -

je me permets de vous ~~présenter~~<sup>agréer</sup>  
une étude <sup>u</sup> que j'ai présentée  
la réunion de mercredi - chef de S.I.  
en septembre dernier -

J'ai voulu le faire un hypothèse  
de ce que j'ai lu sur la question et  
- je m'excuse à l'avance - vous  
pourriez peut-être à la lecture quelques  
uns de vos plumes ou de vos expri-  
sions -

Cela aurait eu l'avantage  
d'interposer vos experts aussi que  
de rendre plus formelles & la lecture

Docteur Pierre DUFRAISSE

28, Rue Joseph-Vernet

AVIGNON

TÉL. : 81-16-74

C. C. P. Marseille 1579-52

(7)

ainsi, j'ai favorisé le profit  
que vos collègues font - à l'usage  
du Département de Venelles -

L'autisme chimérique est le  
effet des bûches dans - dépendant  
d'un centre hospitalier relati-  
vement un peu - elle ce  
peut couvrir tout le réseau  
rural du département - et  
est possible que l'annonce  
avec les "fistes" de l'usage de l'usage  
être intervenant -

- En 1919 - par exemple - les  
Lapins Lurpis - avec les moya  
censés - ont fait de même. fait  
644 sorts d'ambulances pour  
accidents de la route -

= Le même d'après à l'hôpital  
à Angoulême et maintenant en  
France - le chemin fait que le  
Cinzi - a été fait pour un  
plan - réunit même partout  
et fait que note à l'occasion  
permette un d'accès profitable -

Docteur Pierre DUFRAISSE

28, Rue Joseph-Vernet

AVIGNON

TÉL. : 81-16-74

C. C. P. Marseille 1579-52

(3)

Je suis très heureux d'avoir  
du à sept votre aimable  
lettre - et à nos explications  
être - j'aimerais l'avoir à  
notre avis que nos commerçants  
la mettront en place - ou le rempli-  
ment - de l'association -

De très fidèles,  
Les "Amis Républicains" de l'Union  
de nos amis en faveur de  
nos frères & sœurs.

Avec ses remerciements, le  
vrs pui d'accepte, des avec  
l'amour & des sentiments  
compatibles de bien -

Alger, le 31/10/1960

Blanc

INSPECTION DEPARTEMENTALE  
des  
SERVICES D'INCENDIE  
ET DE SECOURS DE VAUCLUSE  
CITE ADMINISTRATIVE  
AVIGNON

Domicile Personnel :  
28, Rue Joseph-Vernet

Téléphone 16 74 81-16-74



Le Chef de Bataillon P. DUFRAISSE, médecin-chef  
des Services d'Incendie et de Secours.

ETUDE SUR LA PLACE DES MEDECINS DE SAPEURS-POMPIERS DANS UNE ORGANISATION  
DE SECOURS ET DE RAMASSAGE DES BLESSES DE LA CIRCULATION

L'extension des moyens de transports mis à la disposition des populations a eu pour conséquence - avec le facteur aggravant de l'augmentation sans cesse croissante des vitesses - la multiplication des accidents de la circulation, qu'elle soit routière, ferroviaire ou aérienne.

Evitant la catastrophe exceptionnelle en prévision de laquelle des mesures de sauvetage sont codifiées depuis longtemps, notre intention est d'envisager dans la présente étude les accidents de la "pratique quotidienne", c'est-à-dire avant tout les sinistres de la route, nous permettant néanmoins quelques digressions concernant ceux du chemin-de-fer, voire de l'aviation, à dégâts corporels et matériels relativement limités, ne nécessitant pas la mise en oeuvre des organisations complexes que constituent les plans ORSEC ou SATER.

L'inquiétant problème des accidents de la circulation routière a pour données les chiffres <sup>effarants</sup> proposés périodiquement à la réflexion du public une moyenne de 10.000 morts par an et de 180.000 blessés, alors que, d'après les statistiques, les maladies contagieuses aiguës ne sont responsables que de 4.500 morts annuelles, dont 177 en 1957 pour la poliomyélite.

## II

Il est curieux de constater que, jusqu'à de récentes années, rares étaient cependant les médecins ou les chirurgiens qui s'y soient réellement intéressés - Seuls quelques organismes officiels, publics ou privés, d'où les médecins étaient habituellement éloignés, avaient tenté de remédier à la constante gravité de cette situation.

Aussi les médecins s'étaient-ils dérobés à l'étude des causes précises, donc à la prévention, des accidents. De même les chirurgiens se désintéressaient-ils des problèmes de soins que posaient les victimes au moment même de l'accident, pendant leur relève et pendant leur transport, ne les considérant qu'à l'instant où ils les prenaient en charge, c'est-à-dire où elles leurs étaient amenées et présentées dans un service hospitalier.

Il en est autrement aujourd'hui : nombre d'organismes médicaux se sont émus d'une telle situation : les grandes sociétés savantes (Association Française de Chirurgie, Académie de Chirurgie, de Médecine. ) ont inscrit cette question dans leurs ordres du jour. Enfin l'Automobile-Club Médical de France vient de tenir des " Assises Nationales sur les Accidents de la Route ".

Des études précises et des recherches statistiques ont abouti à établir que plus de 85 % des accidents voient leur cause essentielle dans un facteur " humain " ( faute ou déficience physique du sujet ), facteur par conséquent corrigible : cette notion domine le problème préventif des accidents et elle assigne au médecin un rôle essentiel dans sa solution.

### III

D'autre part, non plus en ce qui concerne la prévention mais la thérapeutique, les exemples s'avéraient nombreux de l'importance des prompts secours donnés sur place et en cours d'évacuation dans le sauvetage des grands blessés, permettant parfois certaines ressuscitations spectaculaires.

Le problème humain et médical de la prévention est hors de notre sujet actuel, et nous ne voulons traiter que celui des soins et secours immédiats aux victimes.

La nécessité d'une doctrine médicale, inexistante jusqu'à présent s'imposait. Nous assistons à l'élaboration de cette doctrine au travers des controverses qui opposèrent nos confrères au cours des diverses réunions auxquelles nous venons de nous référer.

Les questions à résoudre sont les suivantes :

- Soins d'urgence immédiats,
- Ramassage et évacuation,
- Soins hospitaliers ultérieurs.

Cette dernière partie constitue un problème chirurgical et hospitalier, que nous n'aborderons pas car il n'est pas de notre compétence.

Par contre, les deux premières composantes de ce tryptique de l'urgence vont de pair. Elles intéressent avant tout les médecins praticiens susceptibles de se trouver au nombre des premiers sauveteurs.

#### IV

Les médecins s'intéressant à la traumatologie d'urgence ont vu s'opposer deux thèses :

- Une première, subordonnant tout à la rapidité de l'évacuation, le blessé devant être transporté dans les meilleurs délais et par n'importe quels moyens jusque dans le milieu hospitalier seul habilité à lui prodiguer les soins nécessités par son état ;

- une deuxième, estimant qu'une précipitation aveugle est plus dangereuse que l'expectative, qu'il est préférable que le blessé attende sur les lieux de l'accident le secours de gens compétents, susceptibles de donner sur place les premiers soins, et d'assurer ensuite son transport dans les meilleures conditions possibles, en continuant pendant le trajet les soins qui avaient été amorcés.

Cette deuxième thèse paraît très séduisante. En effet, parmi les victimes, une grande proportion de décès n'est pas observée sur place, au moment immédiat de l'accident, mais soit au cours des manœuvres de ramassage, soit durant le trajet du lieu du sinistre à l'hôpital. Sans en arriver à une issue fatale, des lésions, initialement de moindre importance, ont été aggravées par des manipulations inopportunes. Il semble donc qu'il doive être parfois moins dangereux pour un blessé d'attendre sur le bord de la route un secours médical éclairé que de subir le risque d'une mobilisation contre-indiquée et d'un transport rapide mais effectué dans des véhicules inadaptés par des individus de bonne volonté mais maladroits.

Il y a des victimes à ne bouger qu'avec des précautions d'orfèvre : le fracturé du rachis, l'anémié en hypotension qui s'agite parce qu'il a besoin de sang, le blessé anhélant dont le moindre effort aggrave l'état.

Les accidentés de la route sont souvent des polytraumatisés pour lesquels un bilan lésionnel établi avec exactitude par un médecin est indispensable avant toute manipulation.

Ce sont parfois des hémorragiques, des shockés, des syncopaux en état de mort imminente, pour lesquels peuvent s'imposer une hémostase rapide et parfaite, une réanimation cardio-respiratoire, une tentative de rétablissement de la masse sanguine circulante.

Partant de ces impératifs, certains spécialistes ont estimé qu'il convenait d'appliquer aux secours routiers les principes des secours en cas de guerre, c'est-à-dire réanimation et déchoquage sur les lieux même du sinistre.

Dans notre région, l'organisation de SALON, réalisée par le Professeur BOUPRET, a été à l'avant-garde de ces conceptions : organisation de soins d'urgence et de ramassage articulée sur un service hospitalier de réanimation, déchoquage et traumatologie. L'ambulance destinée à effectuer les soins et le ramassage constitue une véritable "antenne chirurgicale mobile" avec équipe et matériel permettant d'assurer sur place la précocité des soins susceptibles d'éviter l'installation d'un choc irréversible : oxygénothérapie, aspiration en cas d'obstruction des voies aériennes, perfusions, appareillage et emballage des lésions.

## VI

A la lumière des résultats encourageants obtenus par cette expérience la doctrine pour les divers accidentés de la circulation, semble devoir être une synthèse des deux tendances :

- précocité des soins d'urgence,
- rapidité de l'évacuation au cours de laquelle les premiers soins instaurés doivent pouvoir être poursuivis.

Cette conception a été précisée à l'Académie de Chirurgie, le 24 Juin 1959, dans la conclusion de l'exposé du Professeur R. MONOD.

Ces postulats admis, notre organisation va pour être rationnelle et efficace, se heurter à une double difficulté :

- difficulté de matériel,
- difficulté de personnel.

Des ambulances équipées de telle façon sont encore rares, de même que le personnel les servant :

Laur généralisation promet d'être dispendieuse et de longue haleine. En outre, l'antenne chirurgicale, malgré sa mobilité, constitue cependant un élément "lourd", immobilisant un personnel spécialisé, qui ne peut exister qu'à peu d'exemplaires dans chaque centre de traumatologie, qui ne devrait être alertée et déplacée que pour un sinistre dont la gravité a été reconnue et précisée au préalable, sous peine de se trouver occupée à un accident mineur au moment où sa présence serait nécessitée dans un autre secteur pour des blessés plus graves.

## VII

Nous allons examiner s'il n'existe pas des éléments plus légers, plus maniables, moins onéreux donc plus faciles à multiplier, susceptibles de jouer, aux côtés de cette antenne chirurgicale, le rôle de "postes de secours mobiles".

L'existence de tels éléments de base d'un groupements de Secours ne paraît <sup>pas</sup> avoir attiré de façon satisfaisante l'attention des pouvoirs publics ou des organismes responsables.

Nous estimons cependant qu'ils doivent être recherchés au sein d'une formation ayant déjà fait ses preuves : le Service de Santé des Sapeurs-Pompiers.

La mission des Pompiers, telle quelle est définie par les règlements est une mission de sauvetage qui s'exerce non seulement contre l'incendie mais également contre d'autres fléaux au nombre desquels il faut compter les accidents et les asphyxies.

Leur intervention dans le traitement des asphyxiés est l'oeuvre du Médecin-Colonel COT, et le Nombre de malheureux qui doivent leur vie à leur action prompte et efficace est innombrable.

Depuis le Règlement de 1953, un Service de Santé officiel a été créé et mis en place dans le but, non seulement de surveiller l'état sanitaire des Sapeurs, mais encore de les aider dans leurs missions de sauvetage.

Des médecins ont été nommés, que ce soit à l'échelon départemental ou communal. Ils sont actuellement plus de deux mille pour toute la FRANCE. Ils sont équipés et ont reçu des instructions particulières leur permettant d'être véritablement spécialisés dans les diverses manoeuvres de sauvetage, dont ils instruisent également leurs Sapeurs.

## VIII

Prenons l'exemple de notre département de VAUCLUSE.

Jusqu'à présent douze médecins de Sapeurs-Pompiers sont en exercice et nous espérons voir se réaliser prochainement d'autres nominations que nous avons sollicitées depuis longtemps déjà. Tous sont volontaires, c'est-à-dire convaincus de l'importance des missions qu'ils ont<sup>A</sup> à remplir.

Chacun d'eux a en charge un Centre de Secours. La majorité dispose d'une équipe de Sapeurs entraînés au sauvetage, dont certains titulaires du brevet de Secouriste de la Protection Civile, ainsi que d'une ambulance moderne, c'est-à-dire spacieuse et confortable, équipée d'un matériel de réanimation respiratoire ( inhalation, voire insufflation d'oxygène ).

Ces équipes sont prêtes à intervenir dans les secours d'urgence aux accidentés. Elles y ont déjà participé pour la plupart d'entre elles.

Il suffirait d'adjoindre peu de choses au matériel de réanimation existant pour rendre cette formation particulièrement efficace :

- le matériel pour pratiquer une hémostase rapide ;
- des attelles en bois ou métalliques ainsi que des gouttières pour lésions rachidiennes ou pelviennes ;
- des pansements ;
- des médicaments nécessaires à un déchoquage immédiat : matériel pour perfusions de solutions macromoléculaires, toniques cardiaques et analeptiques cardio-vasculaires, extraits surrénaux anti-hémorragiques, calmants ( morphine, dolosal ) ;
- des alèzes stériles pour brûlés.

Cette organisation simple et susceptible d'être efficace, puisque dirigée par des praticiens convaincus de l'intérêt de leur missions et instruits de ses modalités d'application, existe donc : il suffit de la perfectionner au point de vue matériel et de codifier ses conditions d'intervention.

Le Centre Hospitalier d'Avignon va disposer d'un important service d'urgence ( réanimation, déchoquage, traumatologie ), auquel sera annexée une "antenne chirurgicale mobile" laquelle, je le répète, devrait être réservée aux sinistres gravissimes.

Tout au long de l'axe routier meurtrier que constitue à notre département la Nationale 7 ; il paraît facile de prévoir des "Postes de secours mobiles" destinés à la relève et aux premiers soins des blessés de la route - postes qui, s'ils estiment leurs possibilités insuffisantes pour la gravité du sinistre en présence duquel ils se trouvent, devront par les moyens de communication les plus rapides, alerter l'antenne chirurgicale.

Parcourons cet axe de son entrée à sa sortie du département, sur une soixantaine de kilomètres. Nous rencontrons actuellement, du Nord au Sud :

- Le Centre de Secours de BOLLENE : 1 ambulance avec oxyréanimateur,  
pas encore de médecin, mais une nomination demandée et prévue dans un proche avenir ;
- Le Centre de Secours d'ORANGE : 1 médecin,  
2 ambulances,  
1 oxyréanimateur ;
- Le Centre de Secours d'AVIGNON : 2 médecins,  
2 ambulances,  
plusieurs postes de réanimation respiratoire.

Chacun de ces centres possède une mobilité suffisante pour assurer la sécurité routière sur un rayon d'une vingtaine de kilomètres. En outre, d'autres " points noirs " de la route peuvent être surveillés par les Centres de Secours de CARPENTRAS, et de CAVAILLON, également pourvus en personnel et en matériel.

Il paraît donc possible, avec bon sens et bonne volonté, d'organiser un service de secours routier cohérent.

L'appel aux Sapeurs-Pompiers présente plusieurs avantages : ils sont toujours en alerte, on sait facilement où les trouver, ils sont habitués à intervenir rapidement et efficacement, ils ont du matériel et des médecins pratiquant la réanimation ( ce qui n'est pas le cas d'autres formations auxquelles il pourrait être fait appel : la Gendarmerie par exemple. )

S'il était nécessaire de démontrer cette efficacité, nous en chercherions les preuves dans divers sinistres qui endeuillèrent à peu de distance notre département :

- Catastrophe de chemin-de-fer de BOLLENE, où les soins d'urgence et l'évacuation rapide et satisfaisante des blessés furent assurés en majeure partie par le Service Départemental d'Incendie et de Secours ;

- Chûte d'un avion militaire dans un faubourg d'AVIGNON il y a quelques mois : il n'y eut heureusement pas de victimes, à part quelques contusionnés, mais je me trouvai moi-même sur les lieux du sinistre dès que j'en fus prévenu, afin de parer à toute éventualité ;

- nouvelle chute d'un avion sur le territoire de la commune du THOR, il y a quelques jours. Ce dernier exemple illustre de façon parfaite les erreurs à ne pas commettre en matière de sauvetage : un témoin de la chute de l'engin dans un champ se précipita immédiatement au secours du pilote qu'il détacha de son siège et traîna sur plusieurs mètres dans le but de le mettre à l'abri d'une explosion ou d'un incendie éventuels. Jusque là, il convient de le louer pour son courage et son esprit d'initiative. Mais par la suite, il commit de fausses manoeuvres en installant dans une camionnette inconfortable et transportant pendant des kilomètres, à travers des chemins défoncés par endroits, ce blessé très grave, comateux, polytraumatisé, atteint vraisemblablement de fractures du crâne, du bassin et de lésions internes, qui succomba le lendemain. Il aurait été plus sage de le laisser à l'abri en attendant les secours, une fois l'alerte donnée. En effet, quelques minutes après, arrivait sur les lieux du sinistre le Médecin-Lieutenant GROZET, du Centre de Secours de L'ISLE - SUR SORGUES, qui, accompagné d'une ambulance, aurait été à même de prodiguer les premiers soins les plus efficaces et de transporter ensuite la victime dans les meilleures conditions.

Donc, pour nous résumer, nous disposons, avec nos Centres de Secours, d'un réseau médical facilement utilisable pour les soins d'urgence et le ramassage des divers accidentés de la circulation, au prix d'un complément minime d'équipement et d'une organisation rationnelle de l'alerte.

Des questions de détail seraient à préciser ( roulement de garde des médecins les jours fériés, permanence des Sapeurs, perfectionnement de leur instruction de secouristes, etc... ), mais il n'en demeure pas moins que la machine est en place et ne demande qu'à fonctionner.

Il est regrettable de constater que s'interposent malheureusement parfois des cloisons étanches entre des organismes œuvrant dans le même but et dont la collaboration cependant serait féconde.

L'existence des Médecins de Sapeurs-Pompiers paraît ignorée de beaucoup.

Il est fâcheux par exemple qu'ils n'aient pas été représentés, à ma connaissance, aux " Assises sur les Accidents de la Route ", où qu'ils soient méconnus de la Prévention Routière, bien qu'ils paraissent à la mesure " des dévouements innombrables et souvent admirables " dont Monsieur le Préfet Maxime ROUX " s'est projeté de rassembler les énergies et guider l'action. "

AVIGNON, le 20 Octobre 1959.

Dans son étude, le Médecin-Commandant DUFRAISSE cite (page V) "l'organisation de Salon, réalisée par le Professeur BOURRET, à l'avant-garde de ces conceptions".

Et Pierre DUFRAISSE plaide pour l'utilisation du "service de santé des sapeurs-pompiers".

Les sapeurs-pompiers seront en effet associés au Secourisme routier ainsi que les médecins de ce corps et, à Nancy, le Professeur Alain LARCAN va s'appuyer sur cette organisation pour mettre en place le "service SOS" dans toute l'agglomération.

### Réunion de la Commission nationale des médecins-chefs de sapeurs-pompiers.

Le bureau de la Commission nationale des médecins-chefs de sapeurs-pompiers.



Sur cette photo (revue P.C.S.I de France-Sélection) on retrouve les pionniers et amis de Marcel ARNAUD : En 2ème position en partant de la gauche, le Docteur PRIM puis le Docteur DUFRAISSE et l'avant-dernier, à droite, le Professeur SERRE.

Le Docteur DUFRAISSE a prêcher "la bonne parole" aux côtés de Marcel ARNAUD et de ses collègues médecins. Il a écrit de nombreux articles dont son intervention aux XIème assises nationales sur les accidents et le trafic routiers (hélas non daté) - probablement à la fin des années 60 où il rappelle toutes les techniques d'intervention pour les accidentés de la route. A l'époque, les SMUR et l'organisation dite SAMU pour les coordonner n'existe pas encore partout, loin de là et il achève donc son exposé par "tout le monde n'est pas obligé de s'accidenter à 10 ou 15 kilomètres de Salon de Montpellier, de Nancy, de Strasbourg, de Bordeaux, de Toulouse"... citant certainement ces exemples trop peu nombreux dans l'ordre de leur création.

(Louis SERRE m'avait confirmé qu'il avait mis en place le système médicalisé à Montpellier rapidement après Salon).



# LA PAGE MÉDICALE

## XI<sup>e</sup> ASSISES NATIONALES SUR LES ACCIDENTS ET LE TRAFIC ROUTIERS

(Abord premier des victimes, désincarcération, dégagement)

par le Médecin-Commandant DUFRAISSE  
Membre de la Commission Médicale  
de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers

L'abord premier, le dégagement, l'extraction, sous sauvegarde de la survie, d'un polytraumatisé de la route hors de son véhicule plus ou moins déformé, constituent actuellement (ainsi que l'a montré depuis plusieurs années, en de nombreuses conférences et en de nombreux articles, M. Marcel ARNAUD) les problèmes techniques les plus graves et les plus difficiles qu'aient à résoudre les sauveteurs.

Ces polytraumatisés sont, rappelons-le, des victimes complexes, plurilésionnelles, frappées de dommages multiples engendrant des états de détresse, à la fois respiratoire, circulatoire et neurovégétative — à l'équilibre instable — susceptibles d'évoluer rapidement vers des états seconds de plus haute gravité et parfois irréversibles.

Cette évolution peut se faire spontanément ou, trop souvent, sous l'influence de maladresses en cours de manipulation.

C'est pourquoi les extractions brutales, en catastrophes, au travers des orifices naturels des véhicules plus ou moins déformés par les impacts, au prix de tractions ou de rotations, dangereuses pour l'axe cranio-vertébral, néfastes à l'équilibre respiratoire et à l'équilibre circulatoire, doivent être absolument proscrites.

Il semble d'ailleurs que cette question de l'incarcération soit encore peu ou mal comprise de ceux — même de nos confrères — qui s'inquiètent des secours aux blessés de la route et désirent les organiser à partir de notions théoriques — sans avoir l'expérience pratique de ces premiers aspects du drame qui sont cependant primordiaux.

On a l'impression que — pour certains — l'incarcération soit uniquement le fait des automobilistes coincés dans l'entrelac des tôles, pris sous les véhicules ou sous les parties pesantes de ceux-ci.

Il importe de bien préciser que, même si les victimes sont libres de toute entrave, sous leur siège, à l'intérieur des véhicules, il doit être absolument interdit, dans l'ignorance où se trouvent les sauveteurs des lésions dont elles sont atteintes, dans l'impossibilité à ce stade du bord

de route (même pour un médecin) d'établir un diagnostic lésionnel précis — il doit être interdit de tenter de les extraire de force, à travers des orifices inadaptés, au prix de ces tractions, de ces rotations, de ces inclinaisons dangereuses dont je viens de parler.

Les états de détresse demandent à être corrigés sur place même, dans la position où les victimes ont été atteintes, avant d'envisager tout déplacement, afin d'éviter l'évolution vers des états plus graves.

Il faut en outre prévoir que — en raison des caractères physiques des accidents de la route — du fait des grandes vitesses auxquels ils se produisent (avec la multiplication des réseaux auto-routiers) les interpénétrations de carrosseries, constituant de véritables prises au piège des victimes, vont s'accroître.

Avec le développement de l'usage des ceintures dites de sécurité et de techniques de constructions nouvelles, les éjections hors des véhicules seront plus rares, et, en contre-partie, les incarcérations plus fréquentes.

Il convient de rappeler que les dommages les plus habituels et les plus graves dont sont atteints les blessés, dus aux mécanismes d'accélération et de décélération résultant des accidents à grande vitesse, se situent dans la partie médiane et haute de leur organisme (complexe cou - buste - abdomen) et que c'est uniquement de leur habile « cueillette » que dépendra la sécurité du sauvetage ?

Le principe de cette extraction est toujours le même : il importe de respecter de façon impérative la rigidité du complexe crâne - cou - thorax - bassin qui doit être déplacé en bloc, sous traction constante.

C'est pourquoi le dégagement de telles victimes implique le forage préalable d'une large brèche dans la carrosserie, permettant leur sortie dans des conditions de sécurité optima.

En réalité, l'expression « désincarcération » appliquée à cette opération est insuffisante, et il semble que soit plus près de la réalité celle de « césariation » : il s'agit d'effectuer une réelle opération césarienne au véhicule

afin de sortir, avec des précautions d'accoucheur, la victime.

En effet, les secours ne doivent pas être hâtifs, précipités, irréfléchis. Ils doivent être pensés, organisés, minutés comme une véritable intervention.

Toutes les manœuvres doivent en outre être effectuées sous surveillance des fonctions vitales, respiratoire et circulatoire, ce qui nécessite la présence constante d'un sauveteur averti auprès des victimes, avant même que soit forée la brèche libératrice.

Il faut rappeler que les secours ne consistent pas seulement (ce serait trop simple) à soigner, à ramasser et à transporter.

Il faut dégager, dépiéger les victimes, les soustraire à l'action des éléments agressifs (le feu par exemple).

Cette mission de sauvetage devrait donc intéresser un véritable service public mettant en action des individus capables d'intervenir rapidement, instruits des mesures à mettre en œuvre dans tous les cas, pouvant protéger, dégager, ranimer et ensuite transporter les victimes.

Il doit s'agir de véritables « commandos » instruits, équipés et disciplinés, agissant suivant les critères des commandos, c'est-à-dire constituant une réelle « force de frappe » capable d'intervenir rapidement, d'être littéralement parachutés en tous lieux et à toutes heures, disposant de tout le matériel nécessaire, sélectionné, éprouvé et sachant s'en servir grâce à une pratique habituelle entretenue par des exercices répétés.

Le sauveteur routier doit être, non seulement un secouriste, mais encore un ouvrier spécialisé, sachant bien utiliser des outils variés, possédant les qualités morales et physiques nécessaires à des interventions toujours pénibles, souvent de nuit, dans des conditions météorologiques défavorables et parfois périlleuses.

C'est pourquoi il ne nous paraît pas possible que le secours routier soit assuré de façon valable par un seul ambulancier ou par un personnel féminin.

Ce personnel féminin — il s'agit dans mon esprit des infirmières hospitalières — a certes un rôle à jouer, mais il ne se situe pas dans cette séquence du drame routier. Ce rôle, très important, doit intervenir au stade hospitalier, au moment de l'accueil et des premiers soins.

Et nous savons par expérience que cet accueil hospitalier souffre malheureusement trop souvent d'une pénurie de personnel qualifié.

Depuis déjà plus de quatre ans, nous nous sommes efforcés, sous la direction de M. ARNAUD, de mettre sur pied et d'instruire ces commandos de prompt secours et nous allons envisager, dans le cadre de l'abord premier et du dégagement des victimes, les modalités de leurs interventions suivant l'enseignement qui leur est ainsi donné.

Cette intervention doit se faire suivant une programmation de trois temps, qui doit être scrupuleusement respectée dans tous les cas :

- 1<sup>er</sup> temps : sauvegarde de la survie,
- 2<sup>e</sup> temps : césarisation de la voiture,
- 3<sup>e</sup> temps : extraction de la victime.

Voyons le détail de ces trois temps.

#### **Premier temps : Sauvegarde de la survie**

Dans la mesure du possible, par une brèche qu'il crée au besoin — ou qu'il élargit — un sauveteur pénètre immédiatement à l'intérieur du véhicule accidenté, aux côtés de la victime incarcérée et s'occupe rapidement de ses fonctions vitales :

- fonction respiratoire,
- fonction circulatoire,

et de remédier à leur déficit.

Dans ce premier face à face secours-victime, le sauveteur aura à sa disposition le véritable « tableau de commande » et de surveillance que constitue la tête du blessé avec sa coloration, l'aspect de ses pupilles, son pouls carotidien, sa conscience plus ou moins perturbée, ses orifices respiratoires.

Deux impératifs vont guider l'action de ce sauveteur :

- la détresse respiratoire,
- la menace d'hémorragie importante,

et les actes tendant à y remédier doivent être pratiqués immédiatement sur les blessés, à la place même où ils ont été frappés.

L'arrêt provisoire des hémorragies s'effectue au moyen de compressions manuelles ou de mise en place de pansements compressifs.

Le garrot est en principe proscrit à cause de ses dangers. Les grosses hémorragies artérielles sont d'ailleurs exceptionnelles à ce stade et nous conseillons aux sauveteurs d'utiliser de larges pansements élastiques de préférence au garrot.

La lutte contre l'anoxie menaçante doit être entreprise sans retard.

Il convient d'abord d'assurer le libre passage de l'air en déjetant la tête en arrière par une traction occipito-mentonnière suivie d'une hyper-extension prudente, douce et progressive pour ménager le rachis cervical.

La liberté des voies respiratoires est vérifiée. Les obstacles des voies aériennes (corps étrangers, caillots, débris anatomiques) sont retirés. La présence de sécrétions ou de sang nécessite l'aspiration au moyen d'un appareil portatif (qui doit faire partie obligatoirement du matériel de l'ambulance de prompt-secours et que ce sauveteur doit avoir dans sa poche).

Le passage de l'air oxygéné est facilité par la mise en place d'une canule oro-pharyngée.

La respiration artificielle orale est instaurée, si nécessaire par bouche à bouche ou bouche à nez ou au moyen d'appareils respiratoires portatifs.

Il convient également, avant d'envisager la mobilisation des victimes, de s'enquérir d'éventuelles fractures des membres et de les immobiliser afin d'éviter les déplacements susceptibles d'aggraver les lésions ou de faire souffrir les victimes, donc de favoriser l'installation d'un shock.

Cet appareillage des membres sera toujours très difficile au milieu des tôles déchirées, les accès aux membres blessés étant toujours très limités. Les positions particulières de ces membres ne permettent pas d'utiliser les classiques procédés d'attelles ou de gouttières rigides, et il faut soit recourir aux attelles gonflables, soit plus simplement solidariser (en cas de lésions des membres inférieurs), le membre blessé au membre sain par de larges bandes élastiques.

#### **Deuxième temps : Césarisation de la voiture**

Pendant que ce premier sauveteur s'occupe ainsi de façon active d'assurer la sauvegarde de la victime, les autres auront à charge de pratiquer dans la carrosserie une large brèche afin de permettre son dégagement.

Cette brèche devra être la plus étendue possible.

Suivant les modalités de l'accident, suivant la position du véhicule, elle pourra intéresser le toit ou les parties latérales de celui-ci.

Les possibilités d'extraction doivent être toujours étudiées soigneusement à l'avance afin d'éviter toute fausse manœuvre et toute perte de temps.

L'outillage à employer est variable.

Nous l'expérimentons au cours des exercices pratiques auxquels nous soumettons les élèves-sauveteurs. Il peut aller des outils utilisés par les casseurs professionnels

de voiture, véritables ouvre-boîtes de grande taille, aux moyens mécaniques.

Nous recommandons de ne pas employer d'engins à flamme, en particulier de postes ozycoupeurs, car ils sont très dangereux à cause des risques d'incendie résultant du contact avec les vapeurs d'essence.

En outre, l'utilisation de ces engins à flamme ne permettrait pas sans danger d'explosion d'administrer en même temps de l'oxygène si cela était nécessaire.

Il faudra parfois scier les montants et les pièces métalliques, écarter les tôles au moyen de vérins. Il convient également d'envisager le cas des victimes coincées sous des parties pesantes et obligeant le recours à des appareils de traction et de levage.

L'utilisation d'engins mécaniques n'exclue pas le recours en matériel à main qui sera toujours nécessaire pour certaines parties inaccessibles aux gros outils — par exemple les pieds des conducteurs souvent coincés dans les tiges des pédales ou des leviers et qui sont d'une libération très difficile.

Tout cela nécessite un matériel très important, éprouvé et sélectionné à l'avance que nous désirons voir grouper dans un véhicule de désincarcération accompagnant l'ambulance de secours.

Quoiqu'il en soit ces divers procédés doivent avoir pour résultat un large orifice permettant le passage facile du blessé et des bras des sauveteurs destinés à le soutenir.

En effet, ces préliminaires au dégagement terminés, nous en arrivons au **troisième temps : L'extraction de la victime**, sa sortie à travers la brèche ainsi réalisée.

Il s'agit, ne l'oublions pas, d'un colis fragile, qu'il convient de manipuler avec des précautions d'orfèvre.

Trois grands principes doivent présider aux techniques de mobilisation et d'extraction :

**1<sup>er</sup> principe :** sachant que tous les points dangereux, que tous les systèmes vitaux, que tous les viscères fragiles siègent dans les zones médianes et hautes du corps (c'est-à-dire dans le complexe crâne - cou - thorax - abdomen) il faut toujours manœuvrer ce complexe en bloc, en masse, sans torsion ni latérale ni axiale.

- la tête ne doit pas bouger sur le cou,
- le cou ne doit pas bouger sur le thorax,
- le thorax ne doit pas bouger sur le bassin.

**2<sup>e</sup> principe :** il faut effectuer ces manœuvres de mobilisation sous-traction axiale suivant l'axe crâne-pied en maintenant une constante lordose vertébrale, afin de bien protéger la moëlle.

Ces manœuvres exigent évidemment le concours d'un certain nombre de participants, de préférence robustes.

**3<sup>e</sup> principe :** Ces manipulations doivent être lentes, progressives, coordonnées, sans à-coup car, brutales ou précipitées, elles risqueraient d'amener un shock qu'il faut éviter à tout prix.

Durant cette période d'extraction, les constantes vitales sont surveillées, la modification de l'une d'entre elles pouvant faire suspecter l'imminence d'une évolution fâcheuse et dicter l'arrêt — tout au moins provisoire —, de la mobilisation.

La victime extraite sera déposée sur le brancard évacuateur, ou en attente sur le sol, de préférence en position dite de sauvegarde (décubitus latéral, lordose, tête légèrement basse).

Au cours de ces séquences, les sauveteurs doivent observer un certain nombre de règles de précaution destinées à assurer la sauvegarde des victimes et la leur propre.

Il ne faut jamais oublier la menace d'incendie. Bien sûr le contact a été coupé, ou, mieux, la batterie a été débranchée.

Le cas échéant, il convient d'aveugler les fuites des liquides inflammables ou recouvrir de terre ceux qui se sont répandus hors des canalisations.

Il faut toujours avoir à proximité des extincteurs à poudre ou à mousse. Il faut protéger les victimes au moyen de couvertures ininflammables.

Les sauveteurs doivent assurer leur propre protection par l'usage de gants, de bottes et de casques.

Je vous ai donné, Messieurs, un aperçu très résumé de l'enseignement que nous prodiguons, dans les Centres d'instruction de la Protection civile, aux sauveteurs routiers.

Cet enseignement est complété par des notions de relevage, de brancardages, de soins et de transports ambulanciers (n'oublions pas à ce propos qu'il n'y a en France aucun critère à la formation des ambulanciers et que n'importe quel chauffeur de taxis peut assurer ces fonctions du jour au lendemain).

Il convient de préciser que cet enseignement de secourisme routier — hautement spécialisé — ne s'adresse pas aux secouristes occasionnels.

Il doit intéresser des individus spécialisés, sélectionnés, intervenant habituellement dans des opérations de sauvetage complexes (accidents de la route, de chemin de fer.....).

C'est dans cet esprit que le Service national de la Protection civile a créé sur le tronc commun du Secourisme, à large diffusion, une spécialisation en secourisme routier réservée aux membres de ces commandos de prompt-secours dont j'envisageais la création au début de cet exposé.

Quels en sont les résultats ?

D'après les statistiques du Ministère de l'Intérieur, le 31 décembre 1967, 1.300 secouristes relevant de 17 départements avaient obtenu leur qualification.

Au cours de l'année 1968, le nombre de lauréats dépassait 2.000, presque tous Sapeurs-Pompiers, Gendarmes, C.R.S., fonctionnaires de la Protection civile ou responsables de groupes d'urgence de la Croix-Rouge Française.

Je dois préciser qu'il s'agit de moniteurs de secourisme dont la mission est de diffuser l'enseignement aux personnels relevant de leurs secteurs.

J'ajouterai qu'un certain nombre de confrères (Médecins de Sapeurs-Pompiers et Membres de l'Association de Médecine rurale) ont suivi intégralement cet enseignement de secourisme routier, d'une durée de six jours, manœuvres de désincarcération comprises.

Il faudrait à présent considérer peut être le rôle du Médecin dans ces séquences — car la « médicalisation » des secours est actuellement à l'ordre du jour et je n'ai envisagé que l'aspect secouriste du problème. D'autres confrères entreront dans le détail de cette intervention médicale.

Je vous dirai simplement que j'estime pour ma part que ce n'est pas l'aspect essentiel du problème car, si nous disposons de sauveteurs bien instruits de leur mission, des gestes à réaliser, ce que l'on a appelé les gestes qui sauvent, et des gestes à éviter, que l'on peut appeler les gestes qui tuent, la présence d'un médecin ne s'imposera pas immédiatement sur les lieux de tous les sinistres. En tous cas, il sera nécessaire que ce médecin soit instruit des problèmes de l'urgence et des problèmes secouristes de l'urgence, car son rôle sera le plus souvent de diriger l'équipe de sauveteurs, de la conseiller que d'intervenir d'une façon réellement médicale.

Il serait illusoire, ce serait à mon avis donner au public une fausse sécurité, que de faire intervenir sur les lieux du drame un figurant en blouse blanche, dépassé par l'aspect matériel du sinistre — craignant de se salir, de se déchirer et de se blesser au contact des éléments agressifs.

Cette médicalisation, nous nous efforçons quant à nous de la réaliser — sans publicité — depuis longtemps et nous y parvenons parfois.

Elle consiste à mon avis en une bonne connaissance par le médecin de l'équipe de sauveteurs avec laquelle il devra travailler. Son rôle essentiel doit être de les instruire, de les entraîner, de les perfectionner.

Il est certes utile qu'il intervienne avec eux lorsqu'ils estiment son action nécessaire. Et c'est là tout le problème des possibilités d'alerte et de liaisons que nous nous efforçons de réaliser, dans le cadre de l'organisation médicale des Sapeurs-Pompiers, avec la mise à la disposition des médecins de Centres de secours d'un poste de radio émetteur-récepteur dans leurs voitures personnelles, ce qui permet de les alerter en cas de besoin.

Une dernière remarque serait à faire sur un facteur

primordial du secours qui est la rapidité d'intervention (j'entends rapidité d'arriver sur les lieux des sinistres des moyens de secours) laquelle avec la sécurité conditionne son efficacité.

Je n'ignore pas qu'il existe actuellement des organisations de secours fonctionnant de façon parfaite à partir de certains centres hospitaliers.

Mais il ne semble pas que des centres ainsi équipés et qui ne seront jamais en nombre, soient suffisants pour assurer un maillage efficace.

Tout le monde n'est pas obligé de s'accidenter à 10 ou 15 kilomètres de Salon, de Montpellier, de Nancy, de Strasbourg, de Bordeaux, de Toulouse..

Entre ces centres hospitaliers, il y a, il y aura toujours des hiatus, de très importants hiatus.

Ces hiatus, je les livre, Messieurs, à vos méditations.

---

Le Secours Routier Français fait paraître, dès son numéro 2, début 1962, un texte rédigé par le Médecin-Commandant DUFRAISSE (ci-après). On retrouve les arguments qui alors doivent être rappelés sans cesse afin d'être connus de tous.

Evidemment Pierre DUFRAISSE cite Marcel ARNAUD (et le Professeur Robert MONOD), la "première" expérience dans le domaine de la médicalisation, de Paul BOURRET. Mais le médecin de sapeurs-pompiers qu'il est plaide pour l'utilisation des sapeurs-pompiers et de leurs propres médecins - ce qui est normal car tout cela existe déjà ! Il présente sa propre expérience réalisée dans son département, en 1960 et 1961.

C'est en 1965 que le "texte" officiel du Ministère de la santé va inciter à la mise en place dans "certains hôpitaux" (importants) de moyens "mobiles de secours et de soins d'urgence" qui seront appelés des SMUR.

Dans la revue "Le médecin de campagne" de mars 1967, le Docteur Pierre DUFRAISSE fait le bilan de ce qui a pu être réalisé depuis le cri d'alarme de Marcel ARNAUD au Congrès de chirurgie de 1957 et l'expérience de Paul BOURRET, la même année, à Salon de Provence.

Avant de revoir le Médecin-Colonel Pierre DUFRAISSE le 18.8.1987 à Marseille, je l'avais rencontré à une réunion de la Commission Nationale du Secourisme (27 avril 1982), je lui ai écrit les 21 octobre 1982, le 20 mars 1985 et 29 octobre 1986 (lettres ci-après).

# ORGANISATION D'UN SECOURS ROUTIER

*vu par un Médecin des Services d'Incendie et de Secours*

Par le Médecin-Commandant DUFRAISSE,

Médecin-Chef du Service Départemental d'Incendie  
et de Secours du Vaucluse.

Jusqu'à ces dernières années, la conscience des médecins n'avait pas été troublée par les conditions dans lesquelles les blessés de la route étaient détectés, ramassés, transportés.

Ceux-ci commençaient à les intéresser au seul moment où ils les prenaient en charge, c'est-à-dire où ils franchissaient le seuil de l'hôpital ou de la clinique.

Sous l'impulsion d'un certain nombre de chirurgiens (parmi lesquels le Professeur Robert MONOD et le Docteur Marcel ARNAUD) ce problème fut posé à l'occasion de réunions et de confrontations, qui se sont multipliées depuis, visant à établir une doctrine médicale de ce qu'il convient d'appeler « le prompt-secours » aux blessés de la route.

Les médecins s'intéressant à la traumatologie routière ont vu tout d'abord s'opposer deux thèses :

- l'une subordonnant tout à la rapidité de l'évacuation, le blessé devant être transporté dans les meilleurs délais et par n'importe quels moyens jusque dans le milieu hospitalier, seul habilité à lui prodiguer les soins nécessités par son état;

- la deuxième estimant qu'une précipitation aveugle est plus dangereuse que l'expectative, qu'il est préférable que le blessé attende sur les lieux de l'accident le secours de gens compétents, disposant de moyens appropriés, susceptibles de donner sur place même les premiers soins et d'assurer ensuite le transport dans les meilleures conditions, en continuant pendant le trajet les soins qui avaient été amorcés.

La dernière proposition paraît la plus séduisante.

En effet, parmi les victimes, une grande proportion des décès est observée au cours des manœuvres de ramassage ou durant le trajet du lieu du sinistre à l'hôpital.

Sans en arriver à une issue fatale, des lésions initialement de moindre importance ont pu être aggravées par des manipulations inopportunes.

Il semble donc qu'il doive être parfois moins dangereux pour un blessé d'attendre sur le bord de la route un secours éclairé que de subir le risque d'une mobilisation contre-indiquée et d'un transport rapide, mais effectué dans des véhicules inadaptés par des individus de bonne volonté mais maladroits. A condition évidemment que ce secours puisse être prévenu et intervenir très vite.

Ce service de secours devant être en liaison avec les centres chirurgicaux afin d'éliminer les trop fréquentes erreurs d'aiguillage ou la multiplication des transports d'un service ou d'un hôpital à un autre.

Le ramassage doit donc être assuré par des ambulances équipées pour effectuer la réanimation du bord de la route si elle s'impose et poursuivre les soins en cours de trajet, servies d'équipages compétents dans les manœuvres de ce secourisme tout particulier que nous appellerons le « secourisme routier ».



Manœuvre de « ramassage » par les sapeurs-secouristes du Centre de Secours d'Avignon.

contrôlés par des médecins responsables, et sachant sur quel établissement doivent être évacuées les victimes suivant le degré de gravité de leurs blessures.

Ce postulat commande la nécessité d'un service rationnel, permanent, de sauvetage, ne laissant aucune place en ce domaine à l'improvisation dangereuse, improvisation qui pourrait être qualifiée de coupable si des intérêts matériels s'opposaient aux réalisations nécessaires.

Cet impératif de sécurité explique en particulier que le ramassage et surtout le transport des blessés de la route ne doivent jamais plus être laissés à l'initiative de l'automobiliste de passage.

Le témoin d'un accident doit bien savoir que son rôle essentiel, dont l'exécution lui permettra de n'encourir aucun reproche, est de déclencher l'alerte auprès des services compétents.

Une organisation de secours pour être valable doit donc apporter la sécurité : sécurité dans les soins du bord de la route, dans le ramassage et dans le transport.

La pérennité de cette sécurité à tous les stades de l'opération-secours a été réalisée pour la première fois par le Professeur BOURRET de Salon, dans son organisation de soins d'urgence et de ramassage articulée sur un service de réanimation, déchoquage et traumatologie. L'ambulance destinée à assurer les soins et le transport constitue une véritable « antenne chirurgicale » avec équipe et matériel permettant la précocité des thérapeutiques susceptibles d'éviter l'installation de chocs irré-

possible (nous en avons fait l'expérience) d'empêcher entre temps des témoins moins compétents que bien intentionnés de la manipuler, l'abreuer, et surtout le transporter par des moyens de fortune vers une destination souvent inadaptée au caractère des lésions dont il est atteint.

L'antenne de M. BOURRET couvre autour de Salon un rayon de 25 km. Et après, qu'y a-t-il ? Car la route continue à être meurtrière au-delà des limites de cette couverture.

Il faut penser aussi que le véhicule de secours puisse être appelé pour deux accidents simultanés, situés dans des direc-



Intervention d'une des ambulances du Centre de Secours d'Orange.

versibles, offrant la possibilité de mettre en jeu toutes les méthodes de ressuscitation : oxygénothérapie, aspiration en cas d'obstruction des voies aériennes, voire trachéotomie, perfusion, appareillage et emballage des lésions.

Mais le secours aux blessés de la route doit, en même temps que sûr, être prompt. Les deux impératifs du prompt-secours sont : la sécurité et la rapidité.

● **sécurité** : nous venons d'en parler.

● **rapidité** : non pas du ramassage et de l'évacuation, qu'il doit être possible de différer tout le temps nécessaire si l'on peut assurer sur place les premiers secours, mais rapidité de l'intervention, de l'arrivée sur place de ces premiers secours.

Et là paraît être le point faible d'un système reposant uniquement sur l'action d'antennes chirurgicales basées sur des Centres Hospitaliers spécialisés dans le traitement des lésions graves de la pathologie routière.

En effet, des hôpitaux ainsi bien équipés sont encore très rares. Seraient-ils multipliés dans des proportions satisfaisantes, qu'ils seraient tout de même situés à assez grande distance les uns des autres.

Admettons, avec un grand optimisme, qu'il soit un jour possible d'implanter un de ces Centres de Traumatologie tous les 50 km. Le rayon d'action de l'antenne sera alors de 25 km. Sur une route difficile ou encombrée ce véhicule mettra environ une demi-heure pour parcourir cette distance. Lorsqu'il arrivera à destination, le mal que nous désirons éviter aura déjà été fait, car il est impossible de laisser sur place un blessé sans soins durant un laps de temps d'une telle durée. Il est im-

possibles différentes — ou encore alerté pour un deuxième accident alors qu'il est déjà en intervention.

Il nous est donc apparu qu'une organisation efficace pourrait consister en la mise en place autour de ces antennes qui, dépendant directement des Centres Chirurgicaux, constituent de véritables services hospitaliers annexes entre ces divers hôpitaux, donc de « postes de secours mobiles » situés le long des itinéraires dangereux à des distances n'excédant pas 10 à 15 km. Ces postes de secours mobiles comprendraient un moyen de transport, c'est-à-dire une ambulance, bien équipée pour les manœuvres d'urgence, le ramassage et les soins en cours de trajet (oxygénothérapie en particulier), servis de secouristes avertis et susceptibles d'obtenir, dans la majorité des cas, le concours d'un médecin.

Ils seraient destinés à secourir le « tout venant de la route », c'est-à-dire le blessé léger ou celui de moyenne importance, voire celui de gravité relative.

En cas de sinistres dépassant par la gravité des lésions ou le nombre des victimes les possibilités normales de secours ou de transport, les premiers sauveteurs requerraient l'intervention de l'antenne chirurgicale. Ce moyen de secours plus spécialisé pourrait alors être accompagné d'un personnel hautement compétent (chirurgien ou de préférence réanimateur), lequel n'hésiterait pas à se déplacer, sachant qu'il n'est dérangé qu'à bon escient, sur des indications précises, suivant des critères de gravité bien définis. Cette formation mériterait ainsi vraiment sa qualification d'antenne chirurgicale, ou mieux d'antenne de réanimation.



Ambulance affectée au Centre de Secours de Bedarides.

La présence de ces postes de secours mobiles pourrait d'ailleurs permettre d'étendre le rayon d'action de l'antenne. En effet, l'équipe de premier secours étant déjà sur place et assurant les soins de première urgence (contrôle des hémorragies, assistance respiratoire, maintien de la tension artérielle), il n'y aurait aucun inconvénient à ce que l'élément de secours de l'échelon supérieur se déplace à plus de 25 km ou 30 km pour prendre le relais.

Il est évident que la proximité des postes de secours mobiles permet facilement le recours aux voisins si l'un d'entre eux est déjà engagé, dans une mission de sauvetage, les évolutions de toutes ces formations étant réglées par des liaisons radio-téléphoniques.

L'implantation de tels postes de secours mobiles sur tout le territoire poserait le problème de la mise en place d'une infrastructure considérable, si celle-ci n'était pratiquement réalisée. Nous estimons en effet que les formations de Sapeurs-Pompiers déjà existantes peuvent constituer l'ossature d'un système efficace et cohérent d'assistance aux blessés de la circulation.

Il y a actuellement en France 2 600 Centres de Secours.

L'ensemble de ces Centres de Secours constitue le Service d'incendie autour duquel il paraît le plus expédient de cristalliser l'organisation d'ensemble d'un service de secours à cause de sa répartition, de son matériel et du réseau de permanences dont il dispose.

Les Sapeurs-Pompiers ont pour mission d'assurer la sauvegarde des populations, non seulement contre l'incendie, mais encore contre tous les sinistres nécessitant une intervention d'urgence, en particulier les diverses formes d'asphyxie et les accidents.

Le recours à leurs formations présente de nombreux avantages : les Centres de Secours situés à distance régulière assurent un maillage serré, on sait où les trouver, ils sont pratiquement toujours en alerte, ils sont habitués à intervenir rapidement et efficacement, ils disposent de matériel spécialisé et de personnel compétent, en particulier secouristes et médecins.

Cette notion de service médical des Sapeurs-Pompiers paraît en l'occurrence très intéressante car ce sont les seules formations de secours disposant d'un service de santé autonome, particulièrement instruit et tenu au courant des thérapeutiques d'urgence.

Le rôle de ces médecins est en effet, non seulement de surveiller l'état de santé des Sapeurs-Pompiers, mais encore — et même surtout — de les aider dans leurs missions de sauvetage. Ils doivent intervenir avec eux à l'occasion des sinistres importants et toutes les fois où leur assistance peut

être nécessaire (asphyxies, accidents de la circulation...). Ils sont soumis dans ce but à des stages d'instruction.

On compte actuellement 2 500 médecins officiers de Sapeurs-Pompiers, et ce nombre doit s'accroître rapidement avec le perfectionnement de notre service de secours.

En principe se trouve à la tête du département, à côté de l'Inspecteur Départemental des Services d'Incendie, un médecin-chef chargé de coordonner l'action des médecins de Centres de Secours. A chacun de ces Centres doit en effet être affecté, un médecin disposant d'une ambulance équipée pour le traitement des asphyxies, brûlés ou blessés (installation d'oxygène en particulier), et dirigeant une équipe de secouristes.

Une cause fréquente de décès immédiat des blessés graves de la route, dans les minutes qui suivent l'accident, consiste en un déficit de la fonction respiratoire. Les grands polytraumatisés peuvent mourir sur le bord de la route ou en cours de trajet, avant l'arrivée à l'hôpital, comme des asphyxiés, la cause de ce trouble pouvant résider, soit dans l'obstruction des voies aériennes, soit dans une anoxie due à la perte de globules rouges par hémorragie, soit dans un mécanisme plus complexe de perturbation des centres nerveux commandant l'automatisme respiratoire.

Quoi qu'il en soit, à ce stade initial, sans préjuger de l'évolution ultérieure d'autres lésions, les sauveteurs peuvent empêcher les victimes de mourir en les traitant comme des asphyxiés, en les faisant respirer, en leur administrant de l'oxygène.

Or, assurant depuis longtemps les soins d'urgence aux asphyxiés, les pompiers savent faire respirer et sont outillés pour cela. Il paraîtrait anormal que cette compétence ne trouve pas sa place au service des blessés de la route.

Nos Centres de Secours paraissent donc dans l'ensemble, du fait des missions auxquelles ils sont habitués depuis longtemps, parfaitement adaptés à la discipline qu'exigent les caractères de permanence et de rapidité d'intervention que doit présenter tout service de secours.

Je crois d'ailleurs que ces qualités ont été appréciées et utilisées par M. le Professeur Bourret puisque — à ma connaissance — son antenne est basée non sur l'hôpital mais sur le Centre de Secours de Salon, et conduite par les Pompiers.

Un autre argument — et non des moindres — pour confier aux Sapeurs-Pompiers une part primordiale dans le Secours Routier est que ceux-ci peuvent non seulement assurer les soins corporels, mais sont en outre seuls capables, du fait de leur matériel et de leurs techniques éprouvées, de dégager les victimes coincées dans ou sous les véhicules accidentés — et évidemment d'éteindre les incendies si fréquents au cours de ces accidents.

Nous avons donc la ferme conviction que la solution — tout au moins rapide, immédiate — des problèmes d'assistance aux blessés de la route, passe par nous, est la mise en place d'un service de prompt-secours et de ramassage, basé sur les Centres de Secours de Sapeurs-Pompiers, surveillé par nos médecins, en relation évidemment avec les services hospitaliers.

Il faut d'ailleurs reconnaître que depuis longtemps déjà les pompiers ramassent les blessés de la route dans nombre de départements.

Il suffirait donc de perfectionner leur matériel et leur instruction, et leur assurer la collaboration médicale indispensable pour que leur action soit parfaitement valable, en harmonie avec les conceptions actuelles du prompt-secours routier.

✱

Notre Commission Médicale Fédérale approuva entièrement les conclusions du travail qu'elle nous avait confié sur ce sujet.

Mais toute théorie, aussi probante qu'en puisse paraître l'argumentation, demande à être appuyée de faits objectifs et contrôlables, sous peine de passer pour une vue de l'esprit.

Avec l'assentiment de Monsieur le Préfet de Vaucluse, nous avons donc mis en place un dispositif expérimental au cours

des étés 1960 et 1961. L'époque choisie était celle où la circulation s'exacerbe, multipliant les risques d'accidents. De même l'itinéraire témoin fut-il le trajet suivi par la Route Nationale 7 dans la traversée du département, qui, doublée par le Rhône et la voie ferrée Paris-Marseille, sous-jacente à un couloir aérien emprunté quotidiennement par de nombreux avions, constitue pour nous l'axe du plus grand danger.

Notre dessein n'est pas d'alourdir cet article par le détail des modalités d'installation de ce dispositif, que nous avons déjà exposé longuement à plusieurs reprises, que ce soit à l'occasion de réunions de Médecins de Sapeurs-Pompiers, ou aux Assises Nationales sur les Accidents de la Route.

Nous rappellerons simplement que tout le système reposait sur la collaboration étroite de la gendarmerie, des Centres de Secours de Sapeurs-Pompiers et des Services Hospitaliers, d'après le schéma suivant :

- déclenchement et diffusion de l'alerte assurés par la gendarmerie;
- opérations de prompt-secours, de ramassage et de transport des blessés conduits par les Centres de Secours;
- surveillance médicale de ces opérations réalisée en semaine par les Médecins de Sapeurs-Pompiers, les dimanches et jours fériés par des Médecins de garde qui percevaient pour cela une indemnité spéciale.

L'itinéraire routier surveillé s'étend sur environ 70 km. Quatre Centres de Secours échelonnés à une distance moyenne de 15 km les uns des autres pouvaient faire intervenir un total de six ambulances, dont quatre parfaitement équipées, servies chacune par au moins deux Sapeurs-Secouristes. A chacun de ces Centres de Secours était affecté un médecin. Le dispositif fonctionnait évidemment en permanence totale, de jour comme de nuit.

Les médecins non seulement surveillaient les premiers soins et les manœuvres de ramassage, mais encore indiquaient la direction de l'évacuation, qui devait se faire :

- pour les blessés légers ou moyens, indifféremment vers les hôpitaux ou sur leur demande les cliniques chirurgicales privées, afin de respecter les règles de la déontologie;
- pour les blessés graves, obligatoirement vers les Services de Chirurgie des hôpitaux et — dans la mesure du possible — vers le Service des Urgences du Centre Hospitalier d'Avignon, particulièrement équipé pour leur traitement.

Une liaison était établie avec l'Antenne Chirurgicale annexée à ce dernier établissement, ce qui devait lui permettre d'intervenir suivant la conception qui présida à sa création, en cas de sinistres particulièrement graves, dépassant les possibilités thérapeutiques ou ambulancières normales de nos Centres de Secours.

Les résultats, en chiffres bruts, furent les suivants :

- 143 blessés secourus en août 1960;
- 126 durant la même période en 1961.

Le fonctionnement du service paraît avoir donné toutes satisfactions, de l'avis même de témoins impartiaux (rapports du Commandant de Gendarmerie à Monsieur le Préfet de Vaucluse et de celui-ci au Ministère de l'Intérieur) que ce soit par :

- la facilité de diffusion de l'alerte,
- la rapidité d'intervention des Centres de Secours,
- la présence médicale sur les lieux des sinistres,
- la sécurité du transport,
- la liaison avec les services hospitaliers.

L'expérience ayant prouvé que celui-ci était parfaitement viable, nous avons la ferme intention de le reconduire et même de l'étendre à d'autres territoires routiers du département.

Nous tenons d'ailleurs à préciser que, en dehors des périodes de contrôle expérimental, la route n'est pas laissée sans surveillance, nos Centres de Secours continuant à porter assistance à ses victimes, en provoquant toutes les fois que pos-

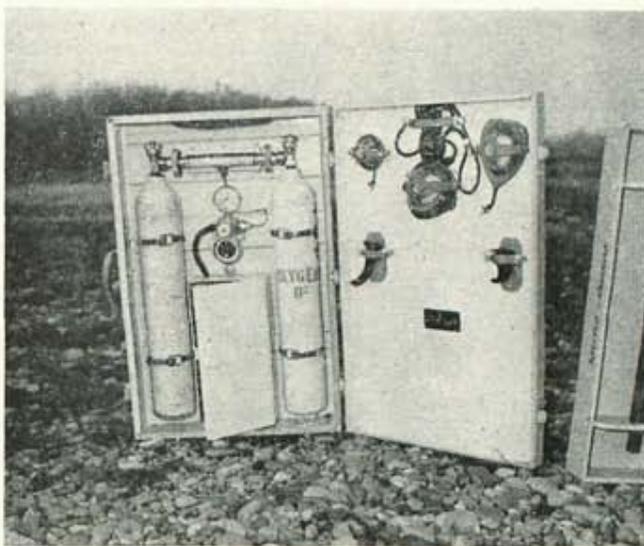
sible l'intervention de leurs médecins sur les lieux des sinistres. La seule différence consiste en l'absence d'une garde médicale réservée spécialement à l'usage de la route les dimanches et jours fériés.

Cette question de garde médicale est d'ailleurs un de nos sujets de préoccupation car il est difficile d'obtenir une permanence médicale totale, en particulier en cette période de vacances qui entraîne une diminution du nombre de confrères susceptibles d'y participer. Il est certain que ses incidences matérielles et — il faut le dire — financières compliquent notre organisation. Le problème n'est malgré tout pas insoluble, nous l'avons démontré en installant le long de la route, en plein mois d'août, chaque dimanche quatre médecins dont l'activité était essentiellement réservée aux accidentés.

Rien n'est impossible lorsqu'on a la conviction d'accomplir une œuvre utile. Et nous estimons que l'on peut demander beaucoup à ceux qui, complétant leur idéal de médecins par le volontariat de Sapeurs-Pompiers, acceptent une mobilisation de chaque instant au service de leurs semblables en danger.

D'ailleurs, lorsque tous nos sapeurs seront secouristes, et non pas seulement titulaires d'un diplôme, que beaucoup possèdent déjà, mais encore sauveteurs entraînés, spécialisés, comme ils le sont en asphyxie, dans les techniques particulières du secourisme de la route. — Lorsque nous aurons la certitude d'avoir dans les meilleurs délais, sur les lieux de l'accident, ces sauveteurs en qui nous aurons toute confiance, sachant émettre un diagnostic lésionnel rudimentaire, sachant que la blessure la plus apparente n'est pas forcément la plus grave, capables d'immobiliser et transporter correctement les diverses fractures, réaliser un début de réanimation respiratoire, arrêter une hémorragie sans multiplier les garrots intempestifs, ayant toujours présent à l'esprit que le blessé de la route n'est pas simple, que l'organisme traumatisé est dans un état d'équilibre précaire qu'il convient de respecter sous peine de voir s'installer un choc grave, et surtout ayant pleine conscience de leurs responsabilités, limitent leurs activités aux actes qui leur sont permis et n'hésitent pas, lorsqu'ils ont la certitude que le cas dépasse leur compétence, à appeler des secours plus spécialisés — ce jour-là la nécessité d'une présence médicale ne s'imposera pas sur les lieux de tous les sinistres, le problème de la garde médicale se posera avec moins d'acuité et le prompt-secours routier sera techniquement solutionné.

C'est donc ce problème du secourisme, et du secourisme « supérieur », chez les sapeurs-pompiers qui nous intéresse au premier chef, car il est avec l'équipement, la base de tout notre système.



Appareillage d'oxygénothérapie du Centre de Secours d'Avignon.

---

# Les Sapeurs - Pompiers et leur service médical

## Leur rôle dans les secours d'urgence

---

Docteur Pierre DUFRAISSE,  
*Médecin-Chef des Services d'Incendie et de Secours  
du Département du Vaucluse  
Rapporteur Général de la Commission Médicale de la Fédération  
Nationale des Sapeurs-Pompiers*

---

Le problème de l'urgence se situe actuellement au premier plan des préoccupations du médecin qui voit sa responsabilité engagée à chaque appel et qui se demande légitimement (surtout s'il est médecin de campagne) s'il sera dans ses possibilités d'assurer, par ses seuls moyens, les impératifs de cette urgence... Le — ou plutôt les problèmes de l'urgence — car en effet celle-ci peut se présenter suivant divers aspects résultant de ses causes et de leurs effets sur les individus.

Il semble donc que, en préambule à une étude sur l'urgence, il soit nécessaire de la définir, de l'analyser.

Bien qu'elle se présente le plus souvent, au moment de l'appel, du fait de la méconnaissance et de l'affolement des premiers témoins, comme une inconnue quant à ses causes, ses aspects, sa réalité même, il paraît possible de la scinder en deux catégories :

- l'urgence maladie,
- et l'urgence accident.

La première couvre tous les aspects, médicaux ou chirurgicaux, de l'urgence résultant de la seule maladie, sans contexte accidentel.

Elle nécessite dans tous les cas l'intervention d'un médecin en vue de diagnostic et de décisions thérapeutiques. Secondairement celui-ci pourra faire intervenir des moyens de transport ou de soins, mais c'est son intervention première qui est primordiale.

Elle est donc du ressort strictement médical — elle demande à être solutionnée par la profession, et non par les pouvoirs publics.

La deuxième catégorie de l'urgence est celle résultant de l'action brutale et inopinée d'agents agressifs extérieurs sur l'organisme humain. Il s'agit de l'urgence d'origine essentiellement accidentelle, qui ne nécessite pas toujours une présence médicale sur les lieux du sinistre, mais, dans presque tous les cas, celle d'une équipe de sauveteurs disposant du matériel nécessaire, apte à réaliser dégagement, soins sur place et transport des victimes.

A cette dernière forme d'urgence — en particulier à ses deux aspects les plus fréquents, qui (il suffit de s'en référer aux statistiques) provoquent le plus grand nombre de victimes — les accidents de la route et les asphyxiés — nous nous sommes, en qualité de médecin de Sapeurs-Pompiers, plus particulièrement intéressé depuis plusieurs années — et c'est elle qui va faire l'objet de la présente étude.

L'interdépendance habituelle des lésions corporelles et de leurs causes matérielles font que le sauvetage doit être considéré comme une mission bien particulière, un ensemble cohérent de moyens permettant de résoudre rapidement tous les problèmes de cette urgence accidentelle. Ce serait trop simple s'il ne s'agissait alors que de soigner et de transporter. Il faut savoir aussi repêcher, dégager, désincarcérer les victimes, les soustraire à l'action des éléments agressifs (oxyde de carbone, électricité, feu...). Cette mission de sauvetage devrait donc intéresser un service public mettant en action des individus capables d'intervenir rapidement, instruits des mesures à mettre en œuvre dans tous les cas, disposant du matériel adéquat, pouvant dégager, soigner, ranimer, transporter.

Il doit s'agir, comme l'a écrit le Docteur Marcel ARNAUD, d'un véritable « Service de santé en campagne ».

Ces impératifs méritent que nous nous arrêtions un instant sur les conditions auxquelles doit répondre une organisation de secours d'urgence.

Le *primum movens* de l'opération est l'alerte, dont la précocité et la précision sont primordiales dans le déclenchement de l'opération de sauvetage.

L'alerte doit être donnée par les témoins à la gendarmerie pour les accidents survenus en campagne, à la police pour les accidents survenus en secteur urbain.

Gendarmerie ou police ont mission de répercuter à leur tour l'alerte sur l'organisation chargée des « prompts-secours ».

Cette organisation doit, pour être valable, répondre aux conditions suivantes :

1°) assurer une permanence totale, pour réceptionner l'alerte, de jour et de nuit, jours ouvrables comme jours fériés;

2°) assurer un maillage serré destiné à permettre une intervention rapide: il ne faut pas que le véhicule de secours ait à parcourir une distance supérieure à 15 kilomètres, ce qui, en tenant compte du temps nécessaire au déclenchement et à la diffusion de l'alerte, permet d'espérer son arrivée auprès des victimes dans les 20 à 30 minutes;

3°) posséder un matériel approprié pour:

a) le dégagement; cette séquence de dégagement est primordiale dans les opérations de sauvetage. En effet, de plus en plus, en particulier en cas d'accidents de la route qui mettent en jeu des forces agressives de grande puissance telles que vitesse et décélération, les accidentés seront des victimes en état grave, souvent des polytraumatisés, emprisonnés dans les débris de leurs véhicules, desquels il ne sera pas possible de les extraire sans dégagement préalable sous peine d'en voir aggraver l'état initial. C'est pourquoi nous estimons que le sauveteur doit être un technicien, non seulement des soins, de l'immobilisation et de la ranimation d'urgence, mais qu'il doit encore savoir comment délivrer les blessés des carrosseries qui les enserrant ou des pièces métalliques qui les écrasent, et qu'il doit posséder le matériel nécessaire à ces opérations. Ce doit être à la fois un secouriste et un ouvrier spécialisé. Il doit posséder les qualités d'un individu robuste, apte à ces manœuvres fatigantes et souvent périlleuses, devant être mises en œuvre rapidement, à n'importe quelle heure et par n'importe quel temps.

Cela est vrai non seulement au bord des routes, mais dans toutes les actions relevant de l'urgence accidentelle. C'est ainsi que le dégagement constitue également un temps préalable au sauvetage des asphyxiés (noyés, électrocutés, pendus, ensevelis...).

b) les premiers soins;

c) l'appareillage des fractures (rachis en particulier);

d) le transport en véhicules spacieux, susceptibles d'admettre plus d'une victime couchée;

e) les soins en cours de transport (en particulier ranimation respiratoire, oxygénothérapie);

« L'ambulance de secours, a écrit le Dr ARNAUD, est à la fois un véhicule de transport de personne, une voiture atelier avec son matériel spécialisé et une ambulance de transport de blessé ».

4°) Comporter un personnel compétent, c'est-à-dire:

— instruit des aspects particuliers des victimes, de la façon de les aborder et de les assister;

— instruit également en ranimation respiratoire d'urgence;

— discipliné et perfectible;

— physiquement entraîné aux manœuvres de désincarcération;

— agissant, sinon sous présence, tout au moins sous contrôle médical, l'équipe devant être instruite et conseillée par un médecin au courant de l'urgence;

5°) intervenir en liaison constante avec sa base afin de pouvoir fournir à chaque instant tous renseignements sur la gravité du sinistre et solliciter des moyens de secours supplémentaires s'ils s'avèrent nécessaires. Dans ce cas, les équipes de secours essentiellement mobiles ne peuvent évidemment être tributaires d'installations téléphoniques fixes, de réseaux filiaires, et c'est aux moyens de liaisons hertziennes qu'il convient de recourir.

Ces impératifs expliquent:

1°) que le prompt-secours en matière d'urgence accidentelle doit constituer, ainsi que nous l'avons déjà dit, un véritable service public, aux directives bien définies, excluant l'improvisation et l'amateurisme qui ne peuvent être que dangereux;

2°) qu'il ne puisse pas être assuré entièrement par des ambulances privées — sauf évidemment lorsqu'il est impossible d'agir autrement. Celles-ci sont en général des taxis-ambulances habilités à transporter des malades de leur domicile à l'hôpital ou à la clinique (utilisables donc en cas d'urgence « maladie ») mais ne pouvant assurer le transport des victimes de l'urgence « accident » (en particulier des asphyxiés et des blessés graves de la route) en sécurité totale car:

— leurs conducteurs ne possèdent le plus souvent aucune notion sur les soins d'urgence;

— ils sont habituellement seuls, sans coéquipier;

— il s'agit de petits véhicules sans lesquels il est peu facile de travailler, non équipés en matériel de secours (que ce soit pour le dégagement, l'immobilisation, la ranimation ou l'assistance respiratoire);

— ils ne sont soumis à aucun contrôle médical, ne peuvent s'assurer l'assistance d'une main médicale ni même para-médicale.

Les ambulanciers privés gagnent leur vie — ce qui est tout à fait légitime — par l'exploitation de leurs véhicules et il est certain que nous ne pourrions leur demander de monter la garde à l'affût d'un hypothétique accident le jour où ils auront à transporter un malade payant dans un établissement de cure plus ou moins éloigné.

Il conviendrait de faire la différence entre ambulances-secours et ambulances-taxis et de déterminer nettement le rôle de chacune.

3°) que le prompt-secours ne puisse pas être entièrement assuré par les associations privées. Celles-

ci sont certes capables de mettre en place en des endroits particulièrement dangereux, lors de certaines périodes de pointe, des dispositifs transitoires efficaces sous forme de postes de secours comportant même des ambulances équipées de façon valable. Mais elles ne peuvent assurer la permanence totale, jour et nuit, jours ouvrables et jours fériés. Elles ne peuvent pas réunir de façon constante le matériel et le personnel nécessaires aux opérations de sauvetage.

Une initiative majeure en matière de secours a été récemment prise par le Ministère des Affaires Sociales qui, par décret du 2 décembre 1965, institua au sein de certains hôpitaux des « moyens mobiles de secours et de soins d'urgence » comportant un véhicule approprié au transport des victimes en sécurité totale, sous surveillance d'une équipe hospitalière spécialisée, apte à pratiquer sur place et en cours de trajet toutes manœuvres de ranimation.

Mais cette mesure est d'installation trop récente pour qu'il soit possible d'en apprécier l'efficacité. Elle pose en outre à un certain nombre d'hôpitaux intéressés des problèmes d'équipement et de personnel qu'ils ne peuvent pas résoudre dans l'immédiat et qui les oblige à avoir recours à la signature de conventions avec des organismes publics ou privés assurant déjà en partie les secours d'urgence.

Cette décision avait néanmoins été précédée d'expériences, la première étant l'organisation exemplaire réalisée à SALON par le Professeur BOURRET dont l'ambulance, véritable « antenne chirurgicale mobile », intervenant sous la direction d'un interne spécialisé en ranimation et en traumatologie, est annexée à un service hospitalier assurant l'accueil d'urgence.

D'autres organisations similaires avaient été mises en place, d'autres formules très intéressantes avaient été expérimentées, en particulier le service S.O.S. du Professeur LARCAN à NANCY, ou les ambulances Grand Secours du Professeur KEMPF, à STRASBOURG.

A la constatation des excellents résultats ainsi obtenus, il pouvait paraître séduisant de concevoir les secours d'urgence réalisés partout par des équipes de sauveteurs dépendant directement et uniquement de l'hôpital, agissant sous la direction d'un médecin de cet établissement.

Formule séduisante, certes, mais difficilement et surtout non immédiatement réalisable en tous lieux, pour des raisons majeures de distance, de matériel, de personnel et aussi de financement.

Formule valable pour les villes dans lesquelles se situent les établissements hospitaliers et leurs alentours immédiats. Mais que se passera-t-il alors en campagne, sur les routes, entre ces villes séparées souvent par d'assez grandes distances ?

Les deux impératifs du prompt-secours sont la sécurité, certes, mais aussi la rapidité, rapidité non pas du ramassage et de l'évacuation qu'il doit être possible de différer tout le temps nécessaire si l'on peut assurer sur place les premiers soins, mais rapidité de l'intervention, de l'arrivée des premiers secours.

Les soins d'urgence — qu'ils soient prodigués sur les bords de la route ou auprès des asphyxiés — s'ils ne souffrent ni fausses manœuvres ni médiocrité, ne souffrent non plus aucun retard d'installation.

Et là paraît être le point faible d'un système reposant uniquement sur l'action d'antennes basées sur des services hospitaliers situés les uns des autres à plus ou moins grande distance.

Il faut également tenir compte des caractères physiques particuliers des accidents — et surtout des accidents de la route — nécessitant, je le répète, des manœuvres de dégagement préalable, donc tributaires d'un personnel physiquement entraîné et disposant du matériel nécessaire.

C'est pourquoi nous voyons mal un service de sauvetage assuré, dans des conditions difficiles et parfois dangereuses, par un personnel féminin, en particulier par des infirmières hospitalières, malgré leurs qualités professionnelles et leur dévouement.

A notre avis leur place n'est pas au bord de la route, dans la première séquence du drame. Leur tâche se situe plus tard, au moment de la réception du blessé dans l'établissement de soins.

La circulaire d'application du Décret du 2 Décembre 1965 reconnaît d'ailleurs que l'objet de ce texte n'est pas « d'assumer tous les problèmes de l'urgence » et que l'hôpital ne doit pas être laissé avec ses seuls moyens face à ces divers problèmes.

Il semble donc qu'une organisation efficace alliant rapidité et sécurité d'intervention pourrait consister en la mise en place, entre ces moyens hospitaliers qui ne peuvent intervenir que dans certaines conditions et dans des secteurs limités, de postes de secours mobiles situés à des distances n'excédant pas 15 à 20 kilomètres au maximum, comportant un moyen de transport, c'est-à-dire une ambulance spacieuse bien équipée pour les manœuvres d'urgence, le dégagement, le ramassage et les soins en cours de transport (en particulier la ranimation respiratoire) servie de secouristes avertis et susceptibles d'obtenir, dans la majorité des cas, le concours d'un médecin.

Les nécessités de :

- rapidité d'intervention,
- polyvalence des premiers sauveteurs,
- perfection du matériel de dégagement et de sauvetage,
- sauvegarde des victimes,
- sécurité du transport,

paraissent pouvoir faire reposer ces secours pré-hospitaliers d'urgence sur les formations déjà existantes de Sapeurs-Pompiers.

En effet :

- répartis au nombre de 2.488 sur le territoire national à distance régulière les uns des autres, leurs Centres de Secours assurent un maillage serré,
- on sait où les trouver, les Brigades de Gendarmerie sont en rapports constants avec eux ;
- ils sont pratiquement toujours en alerte : conditionnés au réflexe de la sirène, les pompiers interviennent rapidement ;
- ils disposent du matériel nécessaire au dégagement des victimes (découpage des carrosseries, extinction des incendies, traction des véhicules accidentés...) ainsi qu'aux premiers soins et au transport.

Depuis 1925, suivant les directives du Médecin Général COT, les Sapeurs-Pompiers assurent les soins d'urgence aux asphyxiés. En 1965, ils sont intervenus auprès de 9.372 asphyxiés dont 63,3 % ont été sauvés grâce à leur action rapide et efficace.

En février 1962, une circulaire du Ministère de l'Intérieur a précisé leurs missions dans l'assistance aux victimes de la circulation routière.

Une organisation de secours basée sur les Centres de Sapeurs-Pompiers a été coordonnée par les plans ORSEC routiers établis dans chaque département suivant les directives du Service National de la Protection Civile.

Des véhicules spécialisés pour les soins aux asphyxiés et aux blessés ont été normalisés à leur intention sous la dénomination V.S.A.B. Il s'agit de véhicules comportant un équipement très complet pour le dégagement, les premiers soins, l'immobilisation, permettant le transport d'au moins deux blessés couchés, sous oxygène, et qui sont, dans la plupart des cas, en liaison radio avec le Centre de Secours.

Actuellement plus de 1.500 ambulances de Sapeurs-Pompiers sont en action sur les routes et permettent de secourir en moyenne un blessé sur trois.

Les sapeurs intervenant dans les équipes de secours non seulement reçoivent une instruction de secourisme de base (brevet national de secourisme) mais ils sont encore perfectionnés dans les techniques particulières à mettre en œuvre auprès des asphyxiés (spécialisation et ranimation) et des blessés de la circulation (spécialisation en secourisme routier).

Dans ce but, des stages d'instruction spécialisés, à l'intention de leurs moniteurs et de leurs médecins en particulier en secourisme routier, ont été institués dans les Centres d'Instruction de la Protection Civile,

sous la direction du Médecin Général GENAUD, Conseiller médical du Ministère de l'Intérieur, avec le concours du Docteur Marcel ARNAUD, Professeur au Centre National d'Etude de la Protection Civile.

Une particularité de l'organisation des Sapeurs-Pompiers est en effet que celle-ci dispose d'un service médical. Il existe des médecins de Sapeurs-Pompiers dont le rôle est de les instruire et de les aider dans leurs missions de sauvetage, d'intervenir avec eux à l'occasion des sinistres importants.

Ces médecins, officiers de Sapeurs-Pompiers, au nombre actuellement de 2.373, assurent la direction médicale des Centres de Secours ou des Corps de Première Intervention. Ils sont en liaison constante avec les Centres de Secours afin d'intervenir en cas de besoin. Certains disposent à cet effet, dans leurs voitures personnelles, de postes radio émetteurs-récepteurs.

Cette notion du service médical des Sapeurs-Pompiers paraît, en l'occurrence, très intéressante car ce sont les seules formations de secours bénéficiant d'un service de santé autonome, particulièrement instruit et tenu au courant des thérapeutiques d'urgence.

Il semble donc que, depuis plusieurs années déjà, la solution des problèmes posés par les secours d'urgence aux victimes d'accidents soit en voie de réalisation grâce à l'organisation médicale et secouriste des Sapeurs-Pompiers dont les moyens et les techniques doivent permettre l'exécution des diverses manœuvres de sauvetage et de sauvegarde.

Cette organisation paraît dans l'ensemble, du fait des missions auxquelles elle est accoutumée depuis longtemps, parfaitement adaptée à la discipline qu'exigent les caractères de permanence, de rapidité et de sécurité d'intervention que doit présenter tout service de secours, et en particulier de prompt-secours aux blessés de la route et aux asphyxiés.

Le rôle primordial des Sapeurs-Pompiers a d'ailleurs été mis en valeur non seulement par les intéressés eux-mêmes, mais par des confrères qui, bien que n'appartenant pas à leur organisation, ont été à même de l'apprécier et de l'utiliser avec efficacité.

C'est ainsi :

- que l'antenne chirurgicale du Professeur BOURRET est conduite et équipée par les Sapeurs-Pompiers de SALON ;
- que dans l'organisation S.O.S. du Professeur LARCAN, des externes des hôpitaux assurent une garde permanente au Centre de Secours de Sapeurs-Pompiers de NANCY et accompagnent les moyens de secours ;
- que les ambulances Grand Secours organisées à STRASBOURG par le Professeur KEMPF sont servies par les Sapeurs-Pompiers de cette ville ;

— que le Professeur RIEUNAU déclarait, au Congrès sur les accidents de la route tenu en 1964 à MOISSAC :

« Les Sapeurs-Pompiers me paraissent absolument aptes à ce rôle par leur dévouement, la rapidité de leur intervention et leur compétence en matière de secourisme et de ranimation. En dehors d'eux, il n'y a pour l'instant rien d'organisé ».

La conclusion de cette étude sera celle des travaux et des expériences réalisés sous la direction de la Commission Médicale de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers :

L'urgence accidentelle, du fait des problèmes matériels qu'elle pose, problèmes liés aux caractères physiques particuliers des accidents, à la nécessité de mettre en œuvre des matériels et des personnels spécialisés, impose l'organisation d'un véritable service public, avec la collaboration efficace des moyens hospitaliers et des moyens extra-hospitaliers dépendant des Centres de Secours de Sapeurs-Pompiers.

Cette collaboration devrait permettre un service de secours structuré en deux échelons :

1°) un premier échelon composé des moyens normaux d'intervention, basés sur les Centres de Secours de Sapeurs-Pompiers réalisant un maillage régulier du territoire, équipés de V.S.A.B. servis par des sauveteurs secouristes spécialisés, sinon toujours

accompagnés, tout au moins contrôlés par leurs officiers médecins, assurant le « tout venant » de l'urgence accidentelle ;

2°) en cas de sinistres particulièrement graves par le nombre et l'atteinte des victimes, un deuxième échelon, un deuxième secours, basé sur les Centres Hospitaliers.

— équipé, non pas d'ambulances disparates, mais de véritables Groupes Mobiles de Réanimation (G.M.R.) suivant les normes définies par le Ministère des Affaires Sociales,

— comportant comme personnel non seulement les conducteurs et infirmiers-secouristes, mais surtout, obligatoirement, un membre du corps médical (médecin ou interne spécialisé en ranimation).

Ce deuxième secours serait destiné à intervenir strictement sur appel des premiers moyens engagés, dans des cas de gravité particulière, suivant des critères définis à l'avance.

Il s'agirait donc d'un gros moyen de ranimation qui demanderait à dépendre d'un Centre Hospitalier assez important, équipé pour assurer l'accueil et les divers soins nécessités par l'état des victimes.

Ainsi, en fournissant les meilleures chances de sauvegarde à leurs trop nombreuses victimes, serait réalisée la parade la plus efficace à la montée des périls, conséquence du développement des techniques modernes.

*Extrait de la Revue « Le Médecin de Campagne » - Mars 1967 - N° 3.*

# ASSOCIATION DES SECOURISTES DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX

Régie par la loi de 1901 - sans but lucratif

Créée par Didier Burggraeve

Association animatrice de la Campagne Nationale «5 gestes qui sauvent»

Équipe d'Urgence en cas de catastrophe en France et à l'Étranger.

59390 LYS - LEZ - LANNOY

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

Le 21 Octobre 1982

Monsieur le Médecin-Colonel P.DUFRAISSE,  
Conseiller Technique Médical de la  
Direction de la Sécurité Civile,  
28 rue Joseph Vernet,  
84000 AVIGNON

Mon Colonel,

J'ai eu le plaisir de faire votre connaissance - bien que vous connaissiez de Nom et de réputation - lors de la réunion de la Commission Nationale du Secourisme, le 27 avril dernier, où je voulais attirer l'attention sur la formation pratique et non trop théorique des candidats au permis de conduire.

A cette occasion, je vous ai remis, ainsi qu'au Professeur JOLIS, un exemplaire de la seconde partie de mon mémoire sur la proposition des "5 gestes qui sauvent".

Vous ne m'avez pas communiqué votre point de vue sur cette affaire et je dois vous dire que je serais heureux et honoré de le connaître car je suis persuadé que nos points de vue ne doivent pas être très éloignés.

Je vous adresse sous ce pli un exemplaire du nouveau livret "5 gestes qui sauvent", l'exemplaire que vous avez eu le 27 avril étant l'édition de 1974.

Je dois vous écrire prochainement à propos de la "rigidification" des accidents lors des manipulations ou des cueillettes. Un de mes moniteurs, Philippe LAUWICK, m'a communiqué la réponse que vous avez bien voulu lui faire suite à son intervention auprès de vous. Je dois dire que j'ai pris connaissance de votre lettre avec beaucoup de satisfaction lorsque vous écrivez : "J'ai été de ceux, qui, aux côtés du Professeur ARNAUD, ont défini la nécessité d'une rigidification rachidienne au cours de ces manipulations. Il n'est pas question d'abandonner ce principe". Je dois donc vous écrire longuement à ce sujet.

.../...

+ 1 Kinet  
+ ph. aut. / H. Bourgeois  
M. a R. Avignon / 2ème FFSS

.../...

Au cours de l'Assemblée Générale de l'ANIMS, le 9 octobre et 10 octobre dans le Nord, j'ai tenu à rappeler la mémoire du Professeur ARNAUD trop rapidement oubliée. Ce n'est pas notre cas pour ce qui nous concerne.

J'irai me recueillir sur sa tombe l'année prochaine à Marseille.

Au cours d'une manifestation publique mettant à l'honneur trois responsables de notre Association, j'ai demandé à M. le Maire de Lys lez Lannoy de donner le Nom du Professeur ARNAUD à une artère de la commune et il a accepté.

Je vais déposer en Mairie pour décision de l'Administration Municipale puis dépôt en Préfecture des informations bibliographiques sur le Professeur ARNAUD.

C'est pourquoi je me permets de vous solliciter afin que vous me les résumiez dans ses grandes lignes. J'ajoute que ces renseignements m'intéressent à titre personnel pour mes propres Mémoires que je rédige petit à petit.

Je vous remets ci-inclus l'article que j'avais rédigé lors de la mort de celui que je considère comme mon Maître.

Avec mes remerciements anticipés, je vous prie de croire, Mon Colonel, en mes sentiments les plus distingués.

Le Président,

Didier BURGGRÆVE

"5 GESTES  
QUI SAUVENT"

Le 20 mars 1985.

+ Ph. ant. v. 10.8.84  
"hommage à Arnaud"

Monsieur le Médecin-Colonel  
Pierre DUFRAISSE,  
28 rue Joseph VERNET,  
84000 AVIGNON

Mon Colonel,

Je vous avais adressé et remis les deux premières parties d'un mémoire consacré aux "5 gestes qui sauvent". Je ne manque pas de vous faire parvenir la troisième partie de ce document.

Je trouve nécessaire que vous possédiez ce dossier afin de pouvoir me communiquer vos observations et vos critiques, même défavorables. Je vous demande de ne pas hésiter car vous n'aviez pas émis d'observations sur les deux documents précédents.

Je profite de cette lettre pour vous informer de l'inauguration prochaine d'une rue du "Professeur Marcel ARNAUD", la première de France, à mon initiative, à Lys lez Lannoy. Je suis en contact avec le Préfet ARRIGHI et j'ai écrit à la fille du Professeur ARNAUD pour l'informer.

Cette inauguration aurait lieu le dimanche 28 avril dans la matinée, précédée d'un exercice de secours dans la rue et d'une réception officielle en Mairie. Vous y serez bien évidemment invité.

Vous êtes l'un des seuls à rappeler la mémoire de notre Maître le Professeur ARNAUD.

.../...

.../...

Lors du dernier Congrès de l'ANIMS, à Montpellier, j'ai tenu à rendre un hommage au créateur du Secourisme Routier en France. J'ai pu apprendre par un moniteur présent dans la salle que vous aviez peu de temps auparavant fait de même.

Je vous remercie de bien vouloir me remettre photocopie de tous documents en ce sens dans la perspective de la sortie d'une information dans le journal de l'ASAR.

Vous trouverez sous ce pli photocopie d'un article de Presse qui était paru l'été dernier lorsque j'étais allé me recueillir à Marseille sur la tombe du Professeur ARNAUD.

Mon vœu le plus cher, c'est que nous fassions un effort tous ensemble, Médecins, Dirigeants des Fédérations et Associations de Secourisme, Enseignants et Administrations diverses concernées, pour avancer vers un projet acceptable par tous pour le permis de conduire.

Si le Ministère des Transports trouve trop long donc trop coûteux la formation proposée (GES) qui, au départ, n'a pas été préparée dans l'optique du permis de conduire, ne pouvons-nous pas en discuter ensemble afin que ces usagers de la route aient quand même une formation minimale ?

Je laisse ces quelques réflexions à votre discrétion et je vous redis mon désintéressement et mon dévouement à la Cause commune du Secourisme qui est la nôtre.

Je vous prie de croire, Mon Colonel, en l'expression de mes sentiments les plus distingués et les meilleurs.

Didier BURGGRAEVE

Didier BURGGRAEVE

Le 29 octobre 1986

Monsieur le Médecin-Colonel  
Pierre DUFRAISSE,  
28 rue Joseph VERNET,  
84000 AVIGNON

Mon Colonel,

Je ne manque pas de vous adresser photocopies des articles de Presse relatant l'Homage que nous avons rendu les 27 et 28 septembre derniers à notre Maître et Ami le Professeur Marcel ARNAUD.

Après l'inauguration l'an dernier à Lys lez Lannoy de la première rue portant son Nom par le Professeur Louis SERRE, c'est le Docteur André SOUBIRAN qui, cette année a fait de même dans la commune d'Hem également dans l'agglomération de Roubaix où nous oeuvrons en permanence pour développer le Secourisme.

Ce petit morceau du ruban tricolore que je vous joins fera comme si vous participiez avec nous à cette cérémonie du souvenir.

L'an prochain, pour le dixième anniversaire de la disparition de notre Maître, outre des cérémonies dans notre agglomération en juin, nous nous rendrons à Marseille le 18 août.

Je sais que vous avez pris une retraite bien méritée qui n'est probablement pas un arrêt total de vos activités. J'espère vous revoir l'an prochain à Marseille.

Je vous prie de croire, Mon Colonel, en l'expression de mes sentiments dévoués et les meilleurs.

*envi invit pr Marseille 15.7.87*

*envi S/ env le 19.9. invit. 10/10*

### Le colonel Dufraisse part en retraite

Le médecin-colonel Pierre Dufraisse, médecin-chef du S.D.I. du Vaucluse a pris sa retraite le 1<sup>er</sup> juin 1985.



Disciple du professeur Arnaud, le colonel Dufraisse est un pionnier du secourisme et de la médicalisation des secours d'urgence. Membre de la commission nationale de secourisme, homme de terrain d'une grande disponibilité, il fit toujours preuve de très grandes qualités dans les plus hautes commissions, qu'elles soient fédérales, ministérielles ou internationales.

Le colonel Dufraisse est titulaire des décorations suivantes :

- officier de la Légion d'honneur ;
- Palmes académiques ;
- Médaille d'honneur des sapeurs-pompiers : argent et vermeil avec rosette.

25 ans après le "contact" avec Marcel ARNAUD, devenu son "disciple", le Colonel DUFRAISSE, pionnier, dans son département, avec "ses" sapeurs-pompiers, des secours d'urgence aux accidentés de la route (techniques et médicalisés) prend, en 1985, une retraite méritée (article paru dans P.C.S.I de France-Sélection).

Lors de notre rencontre à Marseille, je lui ai dit que j'avais eu connaissance de son intervention à Nainville à la mémoire de Marcel ARNAUD (paru, toujours dans la revue P.C.S.I). Il m'a semblé qu'il n'avait pas eu connaissance de la publication de son hommage mais touché que je lui en fasse part. A cette occasion (c'était à la Mairie de Marseille, après l'hommage au cimetière de Mazargues) je l'avais remercié d'être demeuré (comme J. GALLEGO de Sisteron),

également présent - fidèle à la mémoire de notre Maître.

En effet, la 16<sup>ème</sup> promotion des officiers de sapeurs-pompiers professionnels à l'école de Nainville, là-même où Marcel ARNAUD enseigné son Secourisme routier, avait choisi comme nom de baptême celui du Professeur Marcel ARNAUD "pionnier du secourisme routier et de la médicalisation des secours d'urgence".

C'est donc le Médecin-Colonel DUFRAISSE qui fit l'éloge de Marcel ARNAUD. Dans la revue P.C.S.I, au début des années 90 - car avant la nouvelle réforme du Secourisme en 1991 - un article est consacré au Professeur ARNAUD, à sa proposition d'enseignement (aux Secouristes) de la ranimation et surtout, y figure l'allocution du Docteur DUFRAISSE à Nainville le 10.7.1986.

Il suffit de lire ou relire "son" hommage avec notamment : "nous vous confions le nom de notre maître" et "de rester dignes de cet honneur tout au long de votre carrière" pour comprendre les liens, toute la reconnaissance et l'admiration qu'avait toujours Pierre DUFRAISSE envers Marcel ARNAUD. Et une photo complétait l'article avec les 4 amis (rejoints - sur la photo de lère page de ce tome II, par le Docteur PRIM et M. ARNAUD (homonyme) alors directeur de l'école de Nainville).

# DANS LES CENTRES



---

## **BAPTÊME DE LA 16<sup>e</sup> PROMOTION A NAINVILLE**

---

Le 10 juillet dernier, à 20 heures, s'est déroulée la cérémonie de baptême de la 16<sup>e</sup> Promotion des sous-lieutenants de sapeurs-pompiers professionnels à l'Ecole

nationale supérieure des sapeurs-pompiers de Nainville-les-Roches.

La 16<sup>e</sup> Promotion a choisi comme nom de baptême celui du professeur Marcel Arnaud, pionnier du secourisme routier et de la médicalisation des secours d'urgence.

M. le préfet J.-P. Proust, nouveau directeur de la Défense et de la Sécurité civiles, accompagné du colonel A. Sibué, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers et du colonel Savelli, directeur de l'Ecole nationale, a passé en revue les officiers de la 16<sup>e</sup> Promotion, ainsi que la musique de la B.S.P.P. et le détachement d'honneur de l'Essonne. Puis ce fut la remise du drapeau de l'école à la promotion par le directeur.

Le médecin-colonel Dufraisse prononça ensuite l'éloge du regretté professeur Arnaud, parrain de la promotion.



Revue de la 16<sup>e</sup> promotion.

Après que le colonel Sibué ai remis les insignes de chevalier de la Légion d'honneur au lieutenant-colonel Edouard Marcy, et ceux de chevalier du Mérite national au lieutenant-colonel Cavallin, M. le préfet J.-P. Proust, s'adressant aux nouveaux sous-lieutenants, prononça l'allocution que nous reproduisons ci-après :

« Officiers de la promotion « Professeur Marcel Arnaud », c'est un plaisir pour moi de rencontrer, pour la première fois depuis mon entrée en fonction, tous les sous-lieutenants rassemblés à Nainvilles-les-Roches.

Cette cérémonie marque la fin de plusieurs mois d'études intenses caractérisées, cette année, par une pédagogie ouverte aux technologies modernes. En effet, vous êtes la 16<sup>e</sup> promotion depuis la création de l'Ecole nationale des sapeurs-pompiers, mais la première à avoir suivi un cours complet fondé sur l'enseignement assisté par ordinateur.

Je me réjouis d'autant plus de cette initiation à l'informatique pendant vos études que vous serez inévitablement amenés de plus en plus, dans votre métier, à utiliser cette technique tant dans le domaine de la gestion des centres de secours que dans celui du traitement des interventions.

On constate en effet que les corps de sapeurs-pompiers multiplient les initiatives en matière d'informatisation tant il est vrai que celle-ci est, de nos jours, le corollaire indispensable d'une amélioration de l'efficacité opérationnelle, en raison surtout de la diversification des risques potentiels encourus par la population.

journée « plein air » à Fontainebleau) et pendant le voyage d'études que vous avez effectué jusqu'à hier soir en Alsace et en Allemagne.



Le colonel Sibué remet les insignes de chevalier de la Légion d'honneur au lieutenant-colonel Marcy.

Cette cérémonie me donne l'occasion de mettre l'accent sur le rôle de carrefour international que joue l'Ecole nationale des sapeurs-pompiers : c'est ainsi que les 5



Allocution du médecin-colonel Dufraise.

Cette efficacité repose aussi sur la bonne forme physique des intervenants. Une pédagogie complète inclut nécessairement une dimension sportive : c'est bien ce qu'à compris le directeur de votre école en vous faisant bénéficier, pour la première fois, du parcours sportif du sapeur-pompier, mis en place cette année à Nainville-les-Roches.

Toutes ces activités, qui allient dans une proportion harmonieuse, cours théoriques et formation pratique, vous les avez exercées dans un véritable esprit de camaraderie qui a trouvé son expression lors de différentes manifestations récréatives (tournois de squash et de football,



Remise du drapeau par M. le préfet J.-P. Proust.

officiers marocains et les 3 officiers tunisiens ici présents ont suivis avec leurs camarades français l'ensemble du stage dans un climat d'amitié réciproque auquel je rends hommage. Je tiens à les saluer avant qu'ils regagnent leurs pays avec lesquels je sais que nous entretenons des relations amicales et fructueuses.

Par le choix du nom de baptême de votre promotion, vous avez honoré la mémoire du professeur Marcel Arnaud. J'y suis d'autant plus sensible que, comme l'a rappelé le médecin-colonel Dufraisse, le professeur Arnaud a joué un rôle de pionnier dans le domaine de la pathologie des accidentés de la route, il y a plus de 30 ans, à une époque où l'on n'avait pas encore suffisamment pris conscience de la spécificité du secours routier.

C'est notamment sur la base de ses travaux que s'est développé la médicalisation des secours à laquelle vous prendrez une part essentielle en collaboration étroite avec les médecins sapeurs-pompiers, l'organisation hospitalière et l'ensemble du corps médical. Il faut savoir, en effet, que les sorties concernant les accidents de la circulation représentent, en moyenne nationale, plus de 15 % du total des interventions des sapeurs-pompiers alors que les sorties sur feux sont de l'ordre de 11 %. Nous nous attachons en ce moment même à ce que dans ce domaine, votre mission, celle des sapeurs-pompiers et des médecins de sapeurs-pompiers soit clairement définie.



Le colonel Sibué remet les insignes de chevalier du Mérite au lieutenant-colonel Cavallin.

Le choix du nom de baptême de votre promotion montre que vous êtes conscients de la place essentielle des sapeurs-pompiers dans l'organisation des secours, de la diversité de leurs missions, de l'évolution de leur qualification professionnelle.

Vous allez à présent rallier vos centres de secours. Que ce soit en France, au Maroc ou en Tunisie, vous devrez lutter pour la sauvegarde de la population. Vous partez au combat avec un préjugé favorable chez vos concitoyens : les sapeurs-pompiers constituent le corps de fonctionnaires le plus populaire, selon un récent sondage d'opinion. Cette action protectrice exige discipline et courage : votre passage à Nainville-les-Roches a, j'en suis convaincu, développé en vous cette vertu que vous

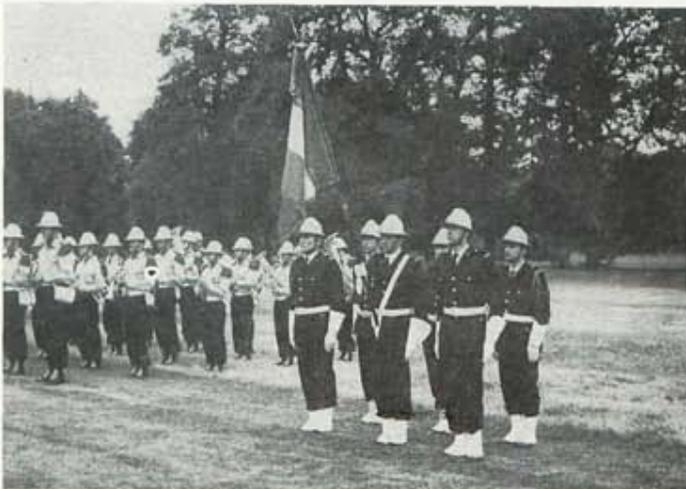
possédiez en y entrant. Quant au courage, je ne doute pas qu'il vous est une qualité naturelle et je vous invite à méditer ce mot de Malraux, à la veille de regagner vos affectations : « le courage est une chose qui s'organise, qui vit et qui meurt, qu'il faut entretenir comme les fusils. ».



M. le préfet J.-P. Proust, directeur de la Défense et de la Sécurité civiles prononce son allocution.

Sachez que de plus en plus nos concitoyens, les maires qui ont en charge leur protection, la nation toute entière incarnée par l'Etat attendent beaucoup de vous.

Je suis certain, que votre courage, votre dévouement, votre tenacité seront à la hauteur de cette exigence et de l'estime qu'ils ont des sapeurs-pompiers que vous aurez l'honneur de commander. ».



Le drapeau de l'école et la musique de la B.S.P.P.

# LE PROFESSEUR ARNAUD

## et l'enseignement du secourisme

Au moment où l'enseignement du secourisme va faire l'objet d'une profonde réforme, nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier les propositions faites par le professeur Arnaud il y a près de vingt ans.

Né en 1896, disparu en 1977, éminent chirurgien-chef des hôpitaux de Marseille (dont il fut le promoteur de l'école neurochirurgicale), membre de l'Académie de chirurgie, le docteur Marcel Arnaud, dès les années 60, attira l'attention du corps médical sur les aspects particuliers des polytraumatisés de la route. Il mit au point des techniques de secourisme spécialisé au bénéfice en particulier des sapeurs-pompier. C'est pour cela qu'une promotion d'officiers de sapeurs-pompier de l'Ecole nationale de Nainville-les-Roches a choisi le nom de Professeur Marcel Arnaud pour nom de baptême. C'est le docteur Dufraisse qui prononça, à l'occasion de la cérémonie de baptême, l'éloge du professeur Arnaud tel qu'il figure ci-après.



Professeur Marcel Arnaud.

### PROPOSITION D'UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE LA SPECIALISATION EN « RANIMATION » PAR LE DOCTEUR MARCEL ARNAUD

I. — Connaissances élémentaires des **structures anatomiques** et des **fonctions** des **trois** grands systèmes qui concourent à assurer la **vie** :

a) **appareil ventilatoire** (air) = fonction respiratoire (échange) ;

b) **appareil circulatoire** (sang) = fonction circulatoire (transport),

tous deux **importateurs, transformateurs et distributeurs** des produits énergétiques et de combustion ;

tous deux **exportateurs** des déchets produits ;

c) **appareil neuro-végétatif** (influx) = commande et régulation,

**animateur** des appareils respiratoire et circulatoire ;

**régulateur** des échanges vitaux ;

responsable des états de **conscience** (vigilance, sommeil et coma).

II. — Connaissances élémentaires des **principes de bio-physiologie** responsables de l'étroite **interdépendance** de ces **3 appareils**, eu égard surtout aux

circulations sanguines et aériennes qu'ils contrôlent.

III. — Les **troubles de la vigilance** et leurs **répercussions** sur les fonctions respiratoire et circulatoire.

IV. — Exposé succinct des **perturbations** (des hypoxémies aux **anoxies**) qui modifient ou détruisent l'harmonie fonctionnelle des grands systèmes vitaux et qui débouchent sur les accidents oxyprives **aigus ou chroniques**.

V. — Exposés détaillés des **divers états** (circonstances, profils cliniques, évolutions, dangers, conduites à tenir) **aigus ou chroniques des « asphyxiés », revue complète des gênes et des arrêts respiratoires** (primitifs ou secondaires). Noyades, strangulations, électrisations, accidents, intoxications, empoisonnements divers, pneumopathies.

VI. — **Schémas bio-cliniques** et évolutifs succincts des états de **shock, collapsus et syncopes** ; ainsi que des **détresses d'ordre cardio-vasculaire** primitives ou secondaires (troubles cardio-respiratoires).

VII. — Etude succincte des **méthodes actuelles de réanimation ventilatoire et circulatoire**. Les procédures de leur utilisation en « **secours d'urgence** ». Rôle des **médecins** dans la direction et la pratique de ces secours ainsi que dans l'orientation ultérieure des soins.

VIII. — Les **gestes de sauvetage** et les **appareils de secours** utilisés en réanimation d'urgence ; les **matériels** (principes et pratique d'utilisation ventilation et oxygénation ; assistance et suppléance) ; **tests d'efficacité** ; **dangers** ou avantages ; les **véhicules** de secours spécialisés en réanimation (normes, **personnels**) « **médicalisation** » ; organisation des services d'accueil aux ranimés ; évacuations secondaires. S.A.M.U.

## TRAVAUX ET EXERCICES PRATIQUES

1. Exercices concernant la **valeur de la tête et de la face** comme moyens de « **saisie** » et poste d'observation (tableau de bord) : prises occipito-men-



Professeur Marcel Arnaud commentant un exercice à Nainville-les-Roches.

tonnières et traction (protection du cou) ; visite de gorge et gosier, liberté des voies aériennes ; position latérale de sécurité ; position assise éventuelle ; aspiration des mucosités ; tubes de Mayo et de Guédel ; position du drainage ; mise en place des « **masques** ». Les yeux ; les pouls.

2. Exercices concernant les **procédés de « ventilation » artificielle** ; procédés par manœuvres externes (pour médecin) ; procédés oraux (bouche à bouche, bouche à nez, bouche à masque) ; les soufflets à main ; tubes oraux divers (leur mise en place).

3. Exercices concernant les **procédés de réanimation circulatoire** : points de compression ; pansements compressifs ; massage cardiaque externe ; auto-perfusions.

4. Exercices concernant l'**usage éventuel d'appareils** à oxygénothérapie. Démonstrations pour infor-

mations concernant l'oxygénothérapie hyperbare ; la « **prise de veine** » ; l'intubation intra-trachéale ; la prise de tension artérielle. L'électronique appliquée à la surveillance des « **détresses vitales** ».

5. **Liaisons radiophoniques** ; messages et comptes rendus à médecins. **Transports** évacuateurs surveillés médicalisés (ou à oreilles et mains médicales) ; conduite prudente des **ambulances**.



On a pu remarquer que ce programme prévoit d'évoquer toutes les insuffisances respiratoires aiguës et brutales (comme le faisait l'ancien programme) mais également toutes les dettes progressives et lentes en oxygène qui, rendant difficiles puis impossibles les échanges gazeux nécessaires à la vie des cellules, constituent aussi des causes « **d'asphyxie** ». Nous avons inclus dans le programme les divers troubles ou arrêts circulatoires préventifs qui conduisent, via l'anorexie cérébrale, aux états de mort apparente.

Nous avons désiré aussi attirer l'attention sur cette capitale notion du « **cœur périphérique** », ce vaste territoire artério-capillaire si essentiel à connaître et à comprendre dans ses réactions pathologiques face aux agressions (mécanisme du **shock**).

Mais nous avons surtout voulu attribuer une importance considérable aux connaissances accrues de l'anatomie fonctionnelle et de la biologie de ces trois systèmes (respiratoire, circulatoire, nerveux) dont les fonctions s'interpénètrent pour assurer la vie et a fortiori la survie.

Enfin, nous avons tenu à dénoncer avec le plus de précision possible les grands processus bio-physiologiques qui découlent des insuffisances, puis des absences, d'apport d'oxygène aux cellules de l'économie : le processus des insuffisantes combustions en régime anaérobie est particulièrement dénoncé, avec ses évolutions et séquelles dues aux anoxies tissulaires et surtout viscérales, aux acidoses métaboliques... autant de troubles évolutifs à bien connaître avant de se dire « **spécialiste en réanimation** », c'est-à-dire apte à **décider sans contrôle** de l'usage d'un masque à air ou à oxygène, de l'appel à un aspirateur et a fortiori d'une manœuvre de massage cardiaque externe.



### Allocution prononcée par le médecin-colonel Dufraisse devant les officiers élèves de la promotion 1986 de l'Ecole nationale supérieure de sapeurs-pompiers de Nainville-les-Roches

« Eminent chirurgien, chef des hôpitaux de Marseille, dont il fut le promoteur de l'école neuro-chirurgicale, membre de l'Académie de chirurgie, le docteur Marcel Arnaud, dès les années 60, attira l'attention du corps médical sur les aspects particuliers des blessés de la route.

Le premier, il décrit ces polytraumatisés que leurs caractères lésionnels et leurs modalités évolutives rendent si différents des victimes d'autres origines.

Il démontra que ces états pathologiques si particuliers, ainsi que les conditions matérielles des sinistres, imposaient l'action de moyens non seulement d'intervention rapide, mais hautement spécialisés dans la protection, le dégagement, la manipulation, la sauvegarde et le transport des victimes.

Sensibilisé par son expérience de « médecin de l'avant », durant la Grande Guerre, il préconisa l'institution, pour les secours du temps de paix, d'un véritable « service de santé en campagne », reposant sur les formations qui lui paraissaient les plus indiquées par leur présence sur le territoire, leur promptitude et leur sécurité d'intervention, leurs possibilités d'enseignement et de perfectionnement, leur couverture médicale : les sapeurs-pompiers.

Le neuro-chirurgien de qualité ne pensa pas décrocher en consacrant les vingt dernières années de sa vie à la mise au point des techniques du secourisme spécialisé et à leur enseignement aux sapeurs-pompiers, ainsi qu'à leurs médecins.

Membre de la Commission médicale consultative de la Sécurité civile, membre fondateur de la Commission nationale du secourisme, conseiller technique de la Commission médicale de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers, il a codifié, en créant la mention « secourisme routier » du brevet national de secourisme, les tactiques et techniques d'abord d'assistance, de désincarcération, de « cueillette » (pour employer son expression) de ces victimes qualifiées par lui comme étant « hors du commun ».

Il a dirigé cet enseignement spécialisé au bénéfice des sapeurs-pompiers et de leurs médecins au

Centre national d'études de la Sécurité civile, ainsi que dans divers centres régionaux d'instruction.

Les sapeurs-pompiers lui doivent leur qualification de sauveteurs spécialisés, garante de l'efficacité et par cela du prestige de leurs interventions.

Il convenait que son souvenir demeure vivant parmi eux.

Officiers de la promotion 1986, nous vous confions le nom de notre maître, le professeur Marcel Arnaud.

Nous vous demandons, et nous savons que vous le ferez, de rester dignes de cet honneur tout au long de votre carrière. »



Le professeur Arnaud et, de gauche à droite : professeur Serre, médecin-colonel Dufraisse, professeur Jolis.

## Travaux et Exercices pratiques

- 1 - Exercice concernant la valeur de la tête et de la face comme moyen de "mise" et point d'observation (tableau de bord) : prises occipito-mentonnières et lachry (protection de l'oeil); vision de gorge et fovie; liberté de vis <sup>éventuelle</sup> aériennes; position latérale de sécurité; position anivés; aspiration des mucosités; tubs de Mayo « Le Guédel»; position de drainage; mise en place des "marques". Les yeux; le pouls.
- 2 - Exercice concernant le procédé de "Stéthoscopia" extip. procédé par manœuvres extérieures (pour médecine); procédés

Monsieur Charles MUSELLI et Madame née ARNAUD  
et leurs enfants

Monsieur et Madame Bernard JOUVIN

Les familles, parents et alliés

vous font part du décès de

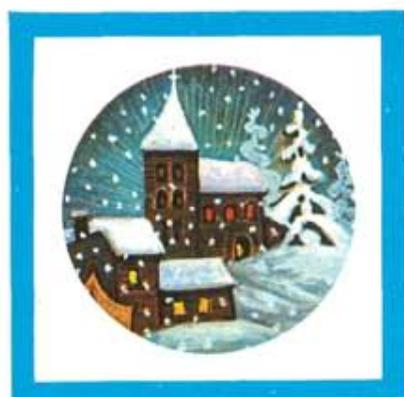
**Monsieur le Docteur Marcel ARNAUD**

décédé le 18 Août 1977.

Ce n'est pas sans tristesse et une certaine émotion que je recevais, en août 1977, le carton annonçant la mort de Marcel ARNAUD. J'en avais écrit peu de temps auparavant, comme je le faisais de temps en temps pour obtenir son avis sur des questions que je me posais. Il était ma référence.

J'avais décelé, sous son apparence extérieure réservée, un être généreux, bon, loyal, honnête. Alors qu'il nous devançait tous, professeurs ou simples moniteurs par son savoir, il savait se mettre à la portée de chaque interlocuteur. Avec lui on apprenait. Il nous donnait envie d'apprendre.

J'ai retrouvé, dans mes archives, cette petite carte de bonne année qu'il m'avait adressée en 1974. Ce lien avec lui je voulais le garder, jusqu'au bout !



**D<sup>r</sup> Marcel ARNAUD**

CHIRURGIEN DES MENTES

57, Rue D... 57

M...

Avec mes remerciements,

Croyez à mes cordiales  
et acceptez mes  
vœux de

Bonne  
Année

M...

M...

Egalement, j'ai retrouvé la copie des vœux que je lui avais exprimés le 29.12.1975 :

"Cher Professeur,

Vous voyez que je ne vous oublie pas et chaque nouvelle année est pour moi l'occasion de vous témoigner à nouveau mon admiration pour ce que vous faites pour le Secourisme que j'aime tant. J'espère que nous pourrons bénéficier encore très longtemps de votre expérience et de votre savoir et certains, dont je suis, feront en sorte que toujours votre image reste intacte pour ceux qui, plus tard, se consacreront au Secourisme dans le but de Sauver des vies humaines.

Je suis, tant que je le peux, ce que vous réalisez encore. Merci de cet exemple qui pour moi, compte et m'encourage". Votre élève

DOCTEUR MARCEL ARNAUD

CHIRURGIEN CONSULTANT DES HÔPITAUX

57, RUE DRAGON  
MARSEILLE (6<sup>e</sup>)

TÉL. 53-20-64

11.1.76

Merci, ami, de vos bons vœux et de la fidélité des sentiments par votre carte expresse. Ce la me touche fort. Mais par votre enthousiasme ne se laisse pas déborder par votre imagination par je suis grand et finisseur. C'est la le plus vif de mes souhaits et par je formule intérieurement. Veuillez j'en prie le partager avec votre jeune et belle équipe Nordique et croire à mes souvenirs très amicaux



Signé :

Didier BURGGRAEVE

Marcel ARNAUD me répondit quelques jours plus tard et alla jusqu'à me donner quelques conseils (comme l'on fait pour ceux que l'on veut aider), mettant en avant ma "jeune et belle équipe nordique".

(il s'agissait des équipes de secours créées dans les différentes communes de l'agglomération de Roubaix qui donnèrent naissance à l'A.S.A.R en 1979).

[Mes diverses correspondances seront publiées dans les tomes à venir].

# HOMMAGE AU PROFESSEUR ARNAUD

La nouvelle est tombée en plein mois d'Août alors que la plupart d'entre nous étions en vacances. Le Professeur Marcel ARNAUD, créateur du Secourisme Routier en France est mort le 18 août 1977.

Ce Secourisme alors inexistant se révèle à lui le jour où témoin d'un grave accident de la route, il laisse pour mort un jeune accidenté. Quand les secours arrivent, 30 minutes plus tard, il constate alors avec stupeur qu'il vit encore. Le Secourisme Routier a pris naissance ce jour là. Le Professeur ARNAUD nous a appris des choses merveilleuses. Il a su faire sortir le Secourisme traditionnel, maintenant dépassé, pour le relever et ainsi le porter au niveau qui doit être le sien c'est à dire à la pointe du progrès afin de Secourir le mieux possible les polytraumatisés de la route.

En Hommage à son exemple, au Don de sa personne pour Servir une Cause qui est la nôtre à tous, Secouristes, quelle que soit l'association à laquelle nous appartenons, à tout ce qu'il nous laisse, nous poursuivrons son Combat et propagerons ses idées, ses commandements, son enseignement.

Le Comité Départemental du Nord qui, par l'intermédiaire de son Président était en liaison avec lui, lui rendra hommage par un article qui paraîtra dans le prochain numéro du "Devoir" et surtout tous les Secouristes penseront à lui lors de l'exercice de Secourisme Routier qui aura lieu en octobre et qui lui sera dédié.

AU REVOIR, PROFESSEUR MARCEL ARNAUD, CAR VOTRE SILHOUETTE, VOTRE EXEMPLE, VOTRE FOI NE NOUS QUITTERONT JAMAIS.

Dans le journal "Secourisme d'aujourd'hui" que j'avais créé pour les diverses associations rattachées à notre "comité départemental du Nord" je rendais un premier hommage au Professeur ARNAUD.

Cet Hommage, je le complétais pour la revue de la Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme à laquelle nous étions rattachés à l'époque dont le titre était "Le Devoir".

La mort de Marcel ARNAUD fut annoncée par tous ceux avec qui il avait oeuvré pour ces "blessés de la route" d'un genre nouveau : les polytraumatisés. Certes, dans la revue des SAMU, le Professeur LARENG de Toulouse résuma son action mais sa conclusion "il est aujourd'hui, pour nous tous, attaché à l'aide médicale urgente" est vraiment réductrice ! Marcel ARNAUD est à l'origine de cette "aide médicale". C'est Louis SERRE, son ami de toujours qui en parlera le mieux, hommage paru (probablement) dans la revue "La Route" du Secours routier Français. C'est spontané, c'est beau !



# HOMMAGE

## AU PROFESSEUR

# ARNAUD

---

La nouvelle est tombée en pleine saison estivale alors que la plupart d'entre nous étions en vacances. Le Professeur Marcel ARNAUD, créateur du Secourisme Routier en France est mort le 18 août 1977.

Ce secourisme alors inexistant se révèle à lui le jour où témoin d'un grave accident de la route, il laisse pour mort un jeune accidenté. Quand les secours arrivent, 30 minutes plus tard, il constate alors avec stupeur qu'il vit encore. Le Secourisme Routier a pris naissance ce jour là. Le Professeur ARNAUD nous a appris des choses merveilleuses. Il a su faire sortir le Secourisme traditionnel, maintenant dépassé, pour le relever et ainsi le porter au niveau qui doit être le sien c'est à dire à la pointe du progrès afin de Secourir le mieux possible les polytraumatisés de la route.

En hommage à son exemple, au don de sa personne pour servir une cause qui est la nôtre à tous, Secouristes, quelque soit l'association à laquelle nous appartenons. A tout ce qu'il nous laisse, nous poursuivrons son combat et propagerons ses idées, ses commandements et son enseignement.

\*\*\*

J'avais entendu parler du Professeur Marcel ARNAUD bien avant de le rencontrer. C'était normal pour qui fréquentait les milieux Secouristes. Il avait innové en matière de Secourisme. Il a créé le Secourisme Routier, c'est à dire un secourisme spécialement adapté aux blessés particuliers que sont les polytraumatisés de la route.

Je l'ai rencontré pour la première fois à CHATEL-GUYON, dans le Puy de Dôme où j'étais allé suivre son enseignement de Secourisme Routier. Je me souviens des discussions que nous avons, le groupe et lui, car du secourisme traditionnel au "Commando de Secours" il y avait pour certains un fossé difficile à franchir.

Pour être un bon Secouriste Routier il faut savoir s'affranchir et ne pas resté fixé à sa formation de base.

J'ai été émerveillé par ses diapositives, qu'il concevait lui-même, et par son empreinte personnelle sur chaque mot et chaque réflexion. J'ai été impressionné par cette foi envers ce Secourisme, pour servir son prochain, qu'il entendait nous transmettre dans les moindre détails.

Il ne m'a pas appris que ce Secourisme vivant, autre, qu'il avait imaginé, durant la semaine passée avec lui. Il m'a obligé à m'interroger sur beaucoup de choses.

Indiscutablement il excellait dans son art.

Avant que nous nous revoyions à Nainville-les-Roches, il avait pris connaissance de certaines de mes initiatives. Je pense qu'il approuvait une grande partie de mon action même si parfois il me pressait de ne pas m'emballer.

Le grand honneur qu'il m'a fait en approuvant le petit livret "5 Gestes qui Sauvent" que j'ai écrit, ainsi que de répondre à mes courriers m'ont permis de rester au contact d'un grand homme, maître dans sa partie, au service d'une Cause pour la défendre et lutter pour elle, partout.

Son Nom restera gravé dans la mémoire de générations de Secouristes. Quel exemple extraordinaire nous a t'il donné à tous !

J'ai perdu mon Maître.

Je poursuivrai l'enseignement du Secourisme Routier, tel qu'il me l'a enseigné.

Didier BURGGRAEVE

Instructeur Fédéral

Instructeur de Secourisme Routier

Président du Comité du Nord

de la "F.F.S.S."

Août 1977

## HOMMAGE AU PROFESSEUR MARCEL ARNAUD

Le Syndicat National de l'Aide Médicale Urgente s'incline devant la mémoire du Professeur Marcel ARNAUD, décédé le 18 août 1977 à Marseille, à l'âge de 80 ans.

Ayant effectué sa carrière chirurgicale hospitalo-universitaire à MARSIELLE, il a grandement contribué au progrès de la traumatologie routière. Il a développé l'enseignement du secourisme augmentant ainsi les chances de survie aux blessés. Jouant à ce niveau le rôle de précurseur, il défendit ses idées avec beaucoup d'enthousiasme et de conviction, parmi de grandes difficultés. Sa culture était grande, ses talents d'enseignant de qualité. Il est aujourd'hui, pour nous tous, attaché à l'Aide Médicale Urgente qui est un complément logique de son action, un exemple de persévérance.

L. LARENG.



Le Docteur Marcel Arnaud n'est plus. Celui qui n'avait pour lui aucune faiblesse, afin de pouvoir exiger de tous ses collaborateurs et amis la même rigueur, nous a quittés aussi brusquement que discrètement.

Né à Foix le 21 décembre 1896, Marcel Arnaud était en réalité un provençal. De sa province d'origine il tenait sa chaleur humaine, et cette façon de se moquer gentiment, à la Pagnol, son camarade de lycée.

De son père, professeur de latin, cet humanisme et cette culture que l'on ne rencontre plus que très rarement.

Sous sa simplicité de grand savant, on devinait

quand elle n'explosait pas, la passion de toute sa vie « la sauvegarde de l'homme ».

Engagé volontaire comme médecin auxiliaire lors de la guerre 1914-1918, l'horreur de certaines évacuations, faites dans les conditions les plus précaires, l'avait bouleversé.

Interne des Hôpitaux de Marseille en 1920, après sa soutenance de thèse à Montpellier, il est nommé en 1929 chirurgien des Hôpitaux, titre rarissime.

C'est à ce titre qu'il est chargé pendant la guerre d'Espagne, de soigner et d'évacuer les blessés graves, sur le bateau hôpital « Maréchal-Lyautey ». Il est aidé de quelques internes des hôpitaux de Marseille à Port-Vendres. Ainsi se précisait sa vocation de l'urgence. Il fut le premier neuro-chirurgien de Marseille et du Sud-Est.

Le bombardement de Marseille en 1944 lui donne l'occasion de montrer sa grande capacité à organiser les secours.

C'est ensuite l'Indochine, il part avec le grade de Lieutenant-Colonel et y reçoit la croix de guerre avec une citation à l'ordre du corps d'armée, et la médaille commémorative d'Indochine. A son retour à l'hôpital Sainte-Marguerite en 1949 il découvre un nouveau drame, aussi terrible que la guerre, celui des blessés de la route.

Il s'oriente définitivement vers le secours routier.

Il publie en 1958 un petit livre, aujourd'hui introuvable, « Les blessés de la route » où il insiste sur le secours immédiat. Au congrès de chirurgie de la même année, il essaie déjà de sensibiliser l'opinion et expose sa théorie des secours.

Avec M. Letourner Hugon, alors directeur du Secours routier, il crée à Nainville-les-Roches les premiers secouristes routiers.

Membre de la Commission nationale de secourisme, il ne refuse jamais sa participation personnelle et ses conseils à ceux qui veulent mieux faire au service de leurs semblables.

Qui d'entre nous ne se souvient de ces cours où il faisait passer toute son âme ? Puissions-nous, à son exemple, inspirer aux jeunes cet amour du prochain et ce don de soi désintéressé.

Docteur SERRE.

## **SEPT FOIS SUR DIX LE SECOURISTE INTERVIENT SUR LA ROUTE**

Dimanche matin, à Lys-lez-Lannoy, M. Didier Burggraeve, instructeur de secourisme routier et président départemental de la F.F.S.S. avait invité les secouristes qui ne sont pas en vacances à une séance d'instruction sur le secourisme routier. Le groupe, auquel s'étaient joints quelques passants intéressés, a tout d'abord passé en revue les premières réactions à avoir dès l'arrivée sur les lieux d'un accident : l'appel des secours et la protection des lieux.

M. Burggraeve rappela que le secourisme routier est un secourisme particulier et en constate l'évolution. Dès qu'il est sur place, le secouriste devra d'un premier coup d'œil évaluer les dangers possibles et repérer les blessés, dont certains sont parfois éloignés du lieu même de l'accident.

Un premier sigle dans la tte du secouriste : B.B.C., c'est-à-dire Balisage, Batterie (à débrancher,

les secouristes ont vu comment procéder), Calage si nécessaire du ou des véhicules.

Ces toutes premières choses à faire, sont le fait que de quelques secondes. Le secouriste doit se faire aider du public. Pour cela il doit inspirer confiance et bien démontrer qu'il sait ce qu'il faut faire. Le secouriste s'applique au bilan complet du blessé.

M. Burggraeve présenta une première situation, l'abordage d'un blessé au volant de sa voiture. Accès, Détermination de l'état de conscience, mais surtout de la respiration et recherches d'hémorragies. Deuxième sigle : C.R.S., c'est-à-dire le bilan fonctionnel du blessé : conscience, respiration et hémorragies éventuelles. Premiers gestes de secours : assistance respiratoire, correction d'une position, point de compression ou pansement compressif pour stopper une hémor-

ragie. Dernier sigle : I.C.P. : dernière phase du bilan avant la surveillance constante : impotence du blessé, sa coloration et le retentissement cardiaque pour la prise du pouls. Le groupe mit en pratique cette technique qui sera revue lors de la seconde séance, au même endroit, dimanche 7 août.

M. Burggraeve rappela que sept fois sur dix le secouriste intervenait sur la voie publique ou sur la route, d'où l'organisation à la rentrée d'une session de formation de secouristes spécialisés en secourisme routier. Il remit avec félicitations le diplôme de moniteur de secourisme à MM. Deleruelle, Hubrecht, Lietaer, des équipes S.O.S. de Roubaix-Wattrelos. Mme Chuffart, quant à elle, avait reçu le sien lors d'un exercice le mois dernier. Les secouristes se retrouveront le 24 juillet, pour un entraînement nautique.

A peine rentré du stage de Châtel-Guyon, en avril 1970, je m'étais appliqué à diffuser rapidement l'enseignement de Marcel ARNAUD. Ce fut fait à la M.J.C de Wasquehal, dans le cadre des E.S.P.C (Equipes de Secours - Protection Civile) que j'avais créées en 1968-69, lieu où se déroulaient de nombreux stages et même les rendez-vous du dimanche des Secouristes actifs.

J'utilisais les diapositives réalisées par Marcel ARNAUD lui-même et son recueil de commentaires (voir tome I) - exemple ci-après de la page 3.

Je voulais être le plus précis possible et ne pas dévier de la doctrine. Par ma bouche, c'était Marcel ARNAUD qui parlait aux Secouristes !

En 1977, en juillet, j'animais une séance de Secourisme routier - sur le terrain (article ci-dessus).

En août, également, quelques jours avant sa mort.

Ainsi, nous poursuivions au sein de structures différentes, la diffusion de ce Secourisme particulier, donc spécialisé, qu'est le Secourisme routier.

En octobre 1977, notre exercice (carambolage) fut dédié à Marcel ARNAUD. Celui, de novembre, à Wasquehal, compléta la série de manoeuvres pour que les Secouristes puissent s'en sortir, seuls ou en équipes, devant des sinistres routiers. Nous poursuivions notre formation et notre entraînement comme nous l'avait enseigné notre Maître.

## Chapitre I - LES FACTEURS MATERIELS ET HUMAINS

Mais avant de parler de ces prompts secours, encore faut-il que nous fassions plus ample connaissance avec les grands blessés de la route et c'est à cela que maintenant nous allons nous intéresser.

Les grands blessés de la route sont essentiellement des polytraumatisés, c'est-à-dire des blessés (ou traumatisés) en plusieurs parties du corps.

Les statistiques concordent pour affirmer le caractère "polytraumatisant" des accidents de la route et voici, à titre d'exemple, un tableau émanant de l'Institut Cornell, spécialement chargé aux Etats-Unis d'étudier les blessés de la route; l'étude a porté sur 2.252 victimes : vous voyez que 35 % seulement étaient porteuses de lésions uniques, tandis que 65 % étaient atteintes de polytraumatismes.

Si les blessés de la route sont si souvent des polytraumatisés, c'est parce qu'ils sont le produit de trois catégories de dommages simultanés.

Chacun de ces dommages est dû à des impacts, à des causes mécaniques différentes.

Les premiers dommages sont dus à des impacts directs.

Le cliché projeté indique qu'au moment du stop d'une voiture roulant à grande vitesse, tout ce qui est à l'intérieur du véhicule et en particulier le passager ou le conducteur continuent leur marche à grande vitesse et sont projetés contre les parois du véhicule. C'est cela les impacts directs.

Dans ce cliché, on voit que l'impact porte à la fois sur la tête et les bras, le thorax et les genoux. Ce catapultage suit en effet une progression physique qui est à peu près toujours la même.

Le cliché qui passe en ce moment vous montre à la position 0, en haut et à gauche, un homme installé dans un véhicule roulant de façon tout à fait normale.

- 9 AOUT 1977

## LES SECOURISTES DE LYS-LEZ-LANNOY ONT PRATIQUE LES GESTES FONDAMENTAUX DU SECOURISME ROUTIER

Dimanche matin, à nouveau, après une première séance le mois dernier, M. Didier Burggraeve, président départemental des Secouristes de la F.F.S.S. et instructeur de secourisme routier, avait convié les secouristes actifs présents en ce moment à une seconde séance de secourisme routier.

Après un rappel de la séance précédente par le groupe lui-même, M. Burggraeve procéda tout d'abord à une démonstration de relevage d'un grand blessé à l'aide d'un portoir spécial, dit "mans-stead", composé de lames que l'on dispose sous le blessé sans le bouger, lames qui sont ensuite levées ensemble par des tubes qui s'emboîtent et qui s'adaptent à chacune d'elles de chaque côté. Après la démon-

stration, ce fut aux secouristes de pratiquer à plusieurs reprises. Ensuite, il s'agissait de rappeler les « gestes fondamentaux du secourisme routier ».

Par exemple, la mise en hyperextension sous traction axiale de la tête d'un blessé inconscient, geste réservé à des secouristes entraînés, est essentielle et elle réclame de ce dernier la connaissance parfaite des régions manipulées ; ou l'extension axiale d'un blessé pour préserver sa colonne vertébrale lors d'une

« désincarcération », les deux poignées étant la tête et les pieds, doit s'effectuer avec une technique parfaite. La traction doit être sentie par chaque secouriste. L'aspiration des mucosités ou l'utilisation du coussin hémostatique (pansement compressif) sont également des gestes précis.

Après le passage de chaque secouriste, le président des Secouristes leur proposa de s'équiper des trois instruments « majeurs » du secourisme routier : une



On dispose les lames du portoir spécial sous le blessé sans le bouger (Ph. « La Voix du Nord »)

petite pince, un coussin hémostatique, un aspirateur de mucosités, et pour ceux qui le veulent, une « serpette » qui rend de grands services (section d'une ceinture de sécurité par exemple).

Les secouristes actifs, qui recevront le mois prochain le n° 4 de leur journal et leur 9e document technique consacré aux traumatismes crâniens, auront un mois de septembre chargé. Ceux d'entre eux qui sont spécialistes en réanimation auront un recyclage obligatoire le 2 septembre. Et ils se retrouveront ensuite régulièrement pour leur entraînement de secourisme routier. Pour eux, c'est presque déjà la rentrée.

# Les secouristes ont dédié leur exercice au professeur Arnaud



Pendant les exercices sur le terrain d'aventure du boulevard de Belfort.

(Ph. « La Voix du Nord »)

Dimanche matin, de très bonne heure, les secouristes des équipes S.O.S. de Roubaix - Wattrelos mettaient au point un scénario d'acci-

dent de la route à proximité du théâtre, boulevard de Belfort, sur le terrain d'aventure, mis à leur disposition par la municipalité. Ils y si-

nulaient un grave accident avec plusieurs véhicules dont un, coincé entre deux autres voitures, était complètement retourné avec quatre personnes grièvement blessées à bord. Un maquillage minutieux rendait le spectacle très vrai. L'alerte, donnée, vers 10 h 20, les équipes de Lys-lez-Lanoy, Hem et Leers se dirigeaient sur les lieux (14 blessés).

Les secours sur place étaient dirigés par M. Christian Chuffart, aidé des chefs d'équipes, rejoints par M. Didier Burggraeve, responsable départemental. Un matériel important quoique encore très insuffisant, fut utilisé : brancards, cordages, pinces, oxygène, matelas coquille, etc.

Les secouristes éprouvèrent certaines difficultés à désincarcérer les blessés du véhicule retourné. Il a fallu scier les montants et pratiquer de larges ouvertures. La critique qui suivit, faite par les organisateurs, eux-mêmes blessés simulés, permit de mettre en évidence les erreurs, oublis ou défaillances qui ne devront plus se revoir lors des prochains exercices.

M. Burggraeve, en compagnie de tous les responsables présents, MM. Chuffart, Christian de Lys ; Hurebrecht, Deleruelle, Baptiste de Roubaix, etc, firent observer une minute de silence à la mémoire du professeur Arnaud, récemment disparu, créateur du secourisme routier en France, sans qui, probablement, la qualité des secours routiers d'aujourd'hui n'en serait pas là.

Le mois prochain, ce sont les équipes S.O.S. de Roubaix - Wattrelos qui participeront à un exercice de secours préparé par Lys-lez-Lanoy.

NORD ECLAIR

## Spectaculaire exercice des secouristes



Une voiture double sans visibilité. En sens inverse arrive un autobus et c'est l'effroyable accident. Un véhicule s'encastre à l'avant de celui-ci et un autre s'écrase à l'arrière, tandis que le bus se couche sur son flanc droit.

Des hurlements, des appels au secours, un début d'incendie, du sang un peu partout. Le scénario est en place, préparé par Christian Chuffart et les équipes SOS de Lys-lez-Lannoy, Hem et Leers. Vingt-sept blessés au total, maillés, conscients ou comateux. Arrivent les équipes SOS de Roubaix-Wattrelos qui n'en croient pas leurs yeux. Un premier coup d'œil au bus : un enchevêtrement de corps, coincés ou écrasés, des

corps touchés et projetés : c'est l'appel des blessés et les secouristes sont débordés. Dominique Hubrecht, chef des équipes, dirige les secouristes un peu partout. Il faut parer au plus pressé et d'abord la mise en sécurité des véhicules et toutes les précautions pour éviter un incendie et écarter les badauds qui arrivent. M. Burggraeve, responsable départemental se présente. On l'appelle de partout. Des détresses graves qui n'attendent pas, d'autant plus que des responsables notent toutes les erreurs, tous les oublis, etc. Les nouveaux secouristes constatent leur inexpérience, les anciens épaulent à gauche et à droite ; les premiers blessés légers sont évacués, d'autres plus gra-

ves, nécessitent de la place ou sont en cours de réanimation. L'exercice dura plus de deux heures. Puis ce fut la critique qui mit en évidence oublis, maladresses ou pertes de temps, qui ne peuvent être acceptées que lors d'un exercice. Était-ce un exercice irréal ? Rien n'est hélas impossible dans le domaine des accidents.

Au cours des prochains mois, les secouristes feront du sauvetage-déblaiement, autre spécialité du secourisme. M. Didier Burggraeve leur a donné rendez-vous pour un autre dimanche pour l'entraînement sportif et nautique. En décembre, les secouristes auront un perfectionnement en salle. Une manière de parachever les exercices.

# LES ANCIENS DE NAINVILLE...

## PROPOS SUR LE SECOURISME ROUTIER

Le Secourisme Routier, toujours aujourd'hui, est un Secourisme d'avant-garde, il reste neuf car créateur. Il épouse en permanence la réalité routière. Il se corrige et s'adapte. Hélas il reste trop méconnu des Secouristes.

Le Secourisme Routier a été élaboré entièrement par le Professeur Marcel ARNAUD qui s'est basé sur des observations très précises, sur des connaissances scientifiques et notamment la bio-mécanique et sur les conséquences dramatiques des accidents sur les personnes.

Ce travail a donné naissance à des techniques nouvelles et révolutionnaires en Secourisme à tel point que certains n'y croient pas ou n'osent les utiliser (problème de retrait du casque d'un cyclomotoriste par exemple que nous examinerons une autre fois).

L'élément essentiel qui en ressort, c'est qu'un blessé de la route, blessé qui diffère des blessés "classiques" du travail ou de la maison par ses lésions diverses, ses "polytraumatismes" ne peut être manipulé que par 2 poignées à défaut de tout autre: LA TÊTE ET LES PIEDS.

Ce Secourisme nouveau avait aussi pour but d'adapter au bord de la route les gestes de "survie" pour les polytraumatisés souvent en état de mort apparente et donc bien faire comprendre dès le départ qu'un accidenté gravement touché ne doit pas être laissé pour mort.

Depuis, ce Secourisme de pointe, perfectible en permanence grâce aux progrès de la Médecine, de la Pharmacie et l'évolution des matériels de secours, s'est complété de son élément majeur devenu indissociable c'est-à-dire la médicalisation. L'abordage d'un blessé, son relevage et son transport sont des actes délicats qui réclament la perfection.

Mais le Secourisme Routier a besoin d'une unité de doctrine. On y parvient petit à petit puisque tous les auteurs se réclament ou citent le Professeur ARNAUD. Quand l'enseignement sera effectivement homogène, uniforme à tous les échelons: Public (gestes de survie), Secouristes (correction des détresses), Sapeurs-Pompiers (désincarcération), SMUR et SAMU (Mise en condition des victimes, coordination des secours et transport) et aussi le milieu hospitalier (accueil, brancardage adapté, personnel Secouriste) les gestes seront partout les mêmes, car les meilleurs, les plus adaptés, les plus sûrs dans les plus efficaces.

Et nous en venons à la notion de "POLYTRAUMATISÉ".

Dans la vie courante, les blessés sont généralement atteints en un seul endroit, possède donc une blessure unique. Il existe rarement une détresse fonctionnelle. Le blessé subit un mécanisme de soumission.

Sur la route, tout est différent. Il s'agit d'un mécanisme de projection car l'homme va se briser et devient un blessé "complexe", un polytraumatisé. Cette résultante provient de la vitesse (accélération) et d'un arrêt brusque donnant naissance à une force, une énergie considérable.

Par exemple, on constate lors d'un arrêt brusque total, parti d'une vitesse de 100 km/h une augmentation considérable du poids de l'individu. C'est ainsi que

le foie qui pèse environ	1,7 kg	pèse alors	47 kg
le cerveau	1,5 kg		42 kg
le cœur	300 g		8 kg
la rate	150 g		4 kg
le sang	5 kg		140 kg

Cette transformation effrayante du corps humain en projectile et le "phénomène de cavitation" des organes provoquent des arrachements d'organes, des déchirements, des hémorragies internes, lésions internes donc cachées au départ mais qui vont retentir rapidement sur l'état général.

Il existe 3 sortes de lésions :

par impact direct : c'est-à-dire la projection en avant au moment du choc contre toutes les parois du véhicule avec la levée du corps, l'atteinte de la tête et des autres zones du corps (quand le sujet n'est pas attaché).

Le péril immédiat qui survient est l'hémorragie et 10 à 15 minutes après l'accident le Shock.

Ces impacts sont très visibles à l'abordage du blessé car les lésions provoquées sont déformantes, traçantes et saignantes (plaies, fractures, etc.). Pourtant (sauf l'hémorragie) L'ÉLÉMENT LÉSIONNEL EST À CORRIGER EN DERNIER LIEU.

par impacts indirects : qui provoquent des lésions vertébrales (luxations, dislocations, fractures) par la plicature violente du rachis en avant puis en arrière ou uniquement de la région cervicale si le sujet est attaché mais non protégé par un appui-tête).

Le péril immédiat est ici la paralysie.

Ces plicatures brusques de la colonne vertébrale, d'avant en arrière, au niveau cervico-dorso-lombaire provoquent des lésions qui se situent très souvent au niveau des courbures naturelles de la colonne :

vers la 6<sup>e</sup> cervicale  
12<sup>e</sup> dorsale  
4<sup>e</sup> lombaire.

Les autres impacts indirects concernent les organes qui sont touchés par leur projection interne. Ce sont de véritables im-

sions viscérales. Les organes sont projetés à l'intérieur de leurs cavités

le cerveau contre le crâne  
le cœur et les poumons contre le thorax  
les viscères contre l'abdomen ainsi que le choc contre l'avant du véhicule, le volant par exemple.

Détresses vitales :

- Circulatoire (Collapsus : ralentissement du sang vers la périphérie et notamment le cerveau) qui peut aboutir à un arrêt cardiaque.
- Respiratoire (avec le cercle vicieux de l'hypoxie, l'anoxie, l'acidose et l'asphyxie).
- Neuro-végétative (inconscience, coma, mort apparente).

La seule détresse "corrigeable" par le Secouriste sur le bord de la route c'est la DÉTRESSE RESPIRATOIRE.

Les lésions qui dominent chez les polytraumatisés de la route prouvent bien que le Secouriste aura à agir sur ce paramètre de la survie car 58% des lésions se situent dans les régions axiales et hautes du corps (crâne et face 40% - thorax 7% - rachis 5% - bassin 4% - abdomen 2%)  
et les membres : 42%

membres inférieurs 28%  
membres supérieurs 14%

Nous devons bientôt étudier le retentissement de toutes ces lésions sur le corps humain.

Didier BURGRAEVE  
Correspondant des Anciens de Nainville pour le Nord

Dans tous mes articles, je faisais référence au Professeur ARNAUD, tel celui rédigé en juillet 1978 et publié dans la rubrique des "anciens de Nainville" dans la revue de la FNPC l'année suivante.

La P.L.S de Marcel ARNAUD faisait partie des "fiches techniques" des Secouristes de l'ASAR (n° 19) et je créais des fiches de "routier" (voir tome I) ci-après les fiches 5 à 9 pour lesquelles j'utilisais les croquis du livre de Marcel ARNAUD "les blessés de la route".



Blessé en position latérale de sécurité

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

Fiche Technique 19  
Novembre 1979

## POSITION LATÉRALE DE SECURITE'

P. L. S

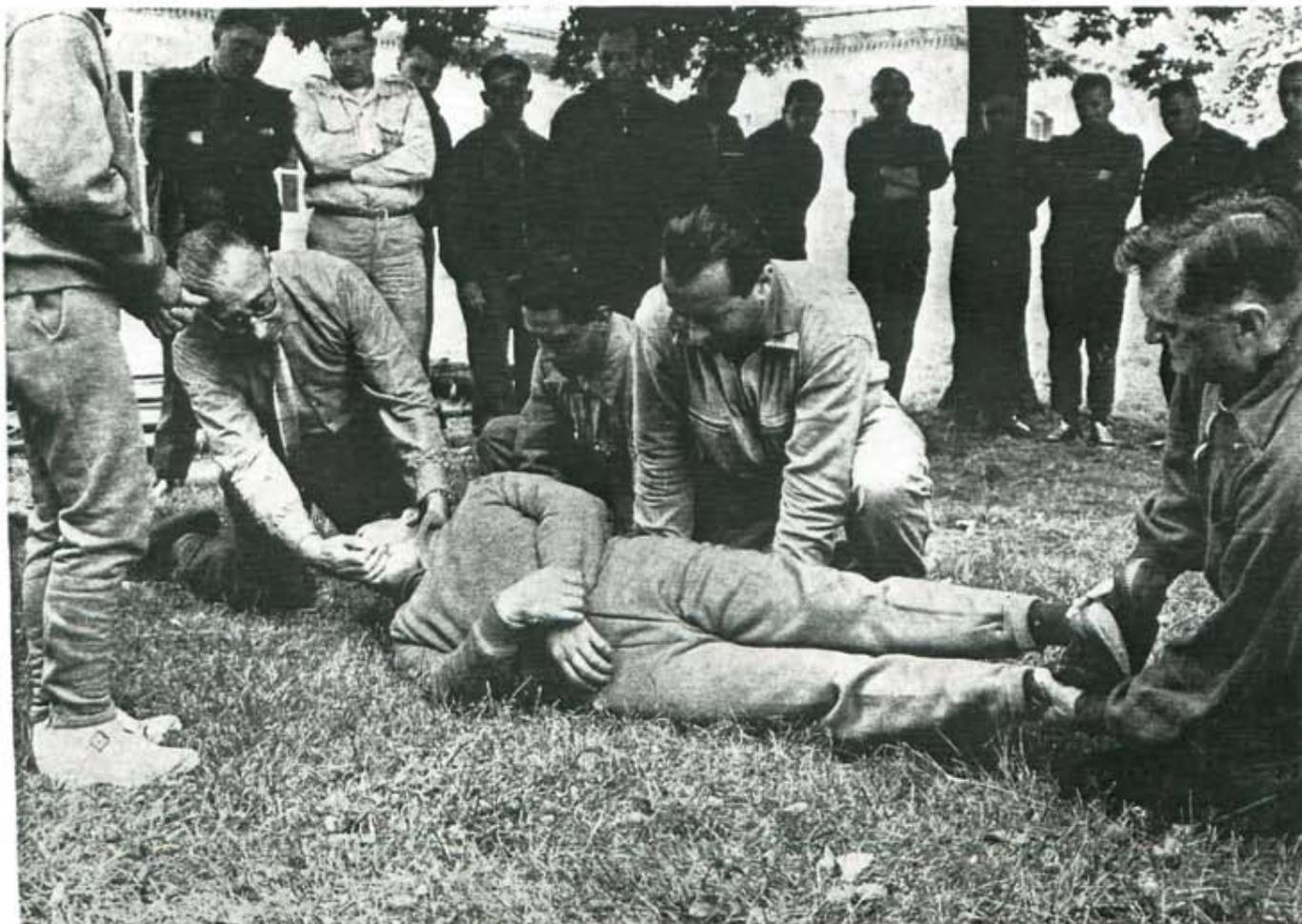
La P.L.S est une position qui évite l'obstruction des voies respiratoires supérieures (bouche et arrière gorge) chez un blessé malconscient ou inconscient et l'inondation pulmonaire par des mucosités ou du sang.

Un blessé est mis en P.L.S chaque fois qu'il est inconscient (abolition du réflexe de toux ou de la déglutition). La position à plat dos chez un inconscient risque de provoquer un encombrement des voies respiratoires par la chute de la langue. La ventilation risque d'être gênée et parfois très perturbée.

Des personnes sans connaissance meurent, parce que, laissées sur le dos, elles se sont asphyxiées. La mise en hyperextension de la tête n'est pas suffisante. Cette manoeuvre libère les V.R.S mais n'empêche pas les sécrétions ou vomissements de passer dans la trachée et les poumons (Mendelson).

La P.L.S est réalisable très facilement et sans risque quand il s'agit d'un malade inconscient. Pour un blessé, la seule méthode sera celle à 4 du Pr ARNAUD

Pour la mise en PLS : Rigidification de l'axe médian





Sous traction prudente et permanente, mise en PLS par rotation en masse par roulement au sol de la victime jusqu'à la position demi-plat-ventre.



La technique de la mise en PLS est très précise. Elle doit être dirigée par une seule personne, la plus qualifiée, qui se place à la tête de la victime. Tout d'abord choisir le côté vers lequel le blessé sera pivoté. Si le blessé présente des lésions importantes d'un membre supérieur, le placer sur le côté sain (donc bras touché au dessus qui sera bloqué). Si le blessé est touché à une jambe, mettre en PLS sur le côté atteint. Lésions thoraciques : couché sur le côté lésé.

Le Secouriste à la tête donne des commandements (Attention pour vous préparer) Il place un bras de la victime sur son corps et allonge celui du côté PLS. Il assure une prise occipito-mentonnaire et effectue une traction douce afin de mettre la tête en hyperextension suffisante. Au pied, une traction est réalisée au niveau de chaque cheville (traction un peu plus forte qu'à la tête et qui doit se sentir des deux côtés).

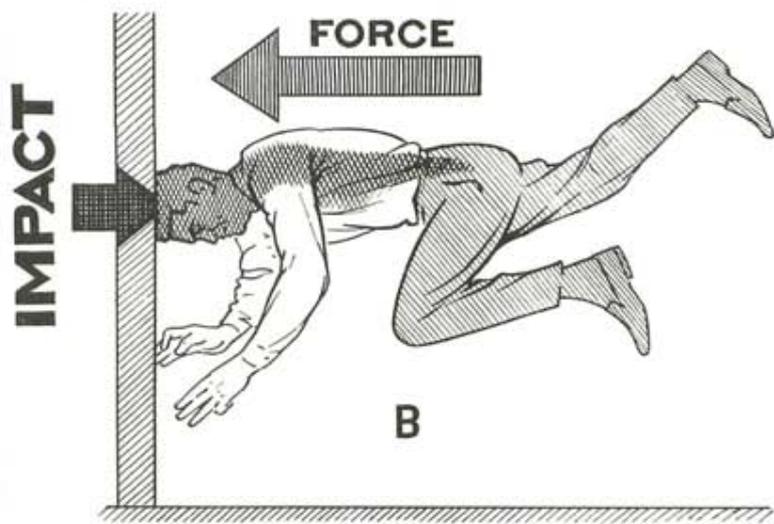
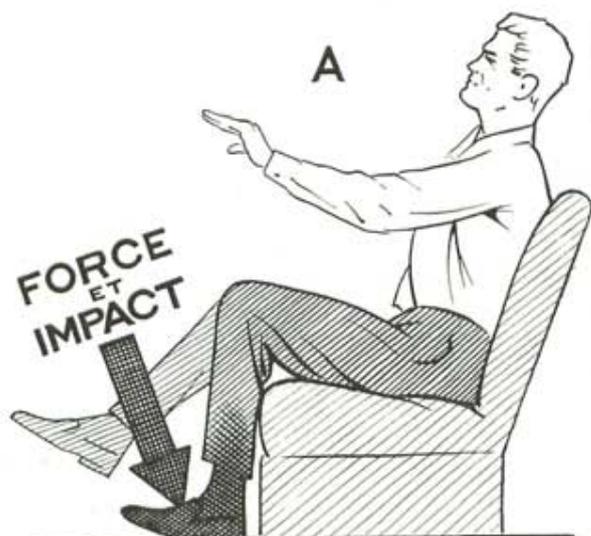
Deux autres Secouristes se placent du côté opposé à la mise en PLS. Ils prennent les vêtements pour assurer la rotation qui se fait dans un mouvement d'ensemble sans lâcher la traction. (Attention pour tourner).

La traction doit se faire bien ensemble (5 à 6 kg à la tête - 10 à 12 kg au niveau des pieds). La victime doit être pivotée peu à peu sur son axe pour l'amener à prendre une position semi-ventrale, nuque en extension, lordose dorso-lombaire.

La stabilité du corps est assurée par les Secouristes latéraux (avant-bras supérieur fléchi - jambe supérieure fléchie - coussinet à placer dans le creux épaule-joue afin de maintenir la rectitude de l'axe vertébral du cou). C'est par la pointe du menton et le creux de la nuque qu'il faut exercer la traction.

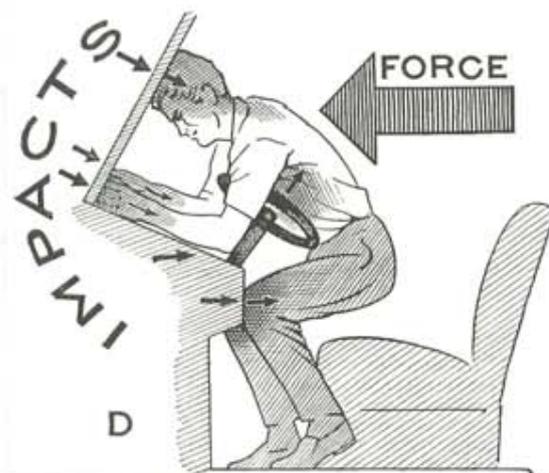
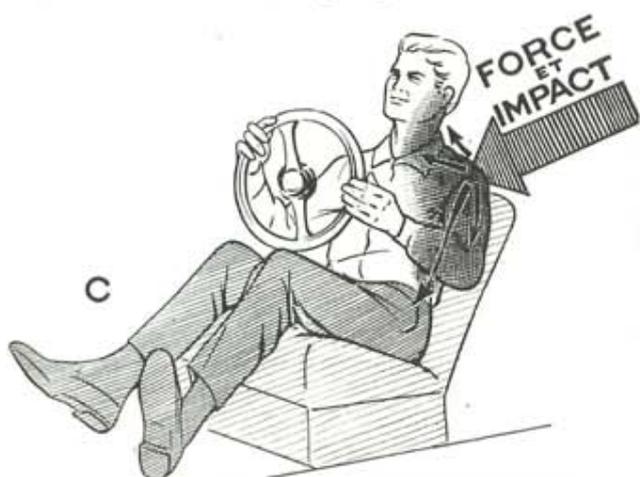
La tête doit suivre celui du corps et du cou pendant la rotation. Pour la stabilité, si le M.I. haut ne peut pas être replié, on peut bloquer le corps avec un ou plusieurs coussinets.

L'étude des accidentés de la route, appelés ensuite les polytraumatisés, a fait prendre en compte que les lois de la physique pure jouaient dans leur intégralité partout et qu'elles s'appliquaient aussi complètement aux structures organiques des hommes qu'aux plus inertes des matières qui l'entourent.



A : Un impact violent appliqué à une extrémité de membre tue cette extrémité, c'est son broiement total. Ici la force est appliquée directement au point d'impact.

B : Le même impact unique appliqué à des structures ou à des organes dont dépendent les grandes fonctions vitales : c'est la mort immédiate. Ici la force propulse indirectement contre l'impact.

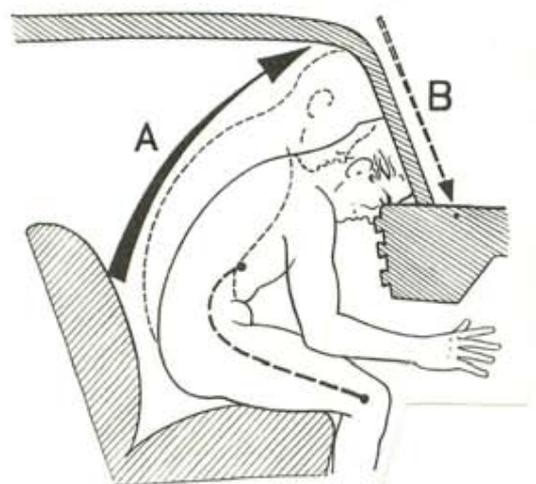


Parfois cet impact unique et large est communicatif, par ébranlement, aux structures voisines qui en absorbent une partie.

C : Un impact de même nature mais qui épuise sa force en plusieurs points de "résorption" propage ses vibrations traumatiques autour de lui. C'est un traumatisme extensif. Ici la force est appliquée directement au point d'impact.

D : La force est ici répartie en 5 impacts et en 5 régions. Par opposition à l'impact unique mortel du cas B, la même force est ici absorbée par la victime qui devient le polytraumatisé type.

La nocivité caractéristique de ces impacts multiples est la moindre profondeur des lésions structuraires aux zones agressées, mais une diffusion des blessures. Unique ou répartie, la force des intensités dynamiques est toujours la même.



La position assise peut inciter la propulsion vers le bas et sur le tableau de bord. Parfois, après un impact crânien sur l'effet propulseur A, survient une commotion avec perte de connaissance : la face retombe sur le tableau de bord, animée par une force réduite B (c'est pratiquement une chute libre du poids approximatif de la tête tombant d'une faible hauteur).

Il importe donc de définir quel est l'exact comportement des diverses structures humaines ayant à "négocier" les agressions, et ceci aussi bien pour connaître les limites de réceptivité de l'homme dans son combat contre l'agression, que pour apprécier les qualités respectives de résistance physique des divers tissus et organes.

L'énergie cinétique : Un corps de masse (M) en kg, animé d'une vitesse (V) en mètre/sec. présente une force vive (E) égale à la formule classique :

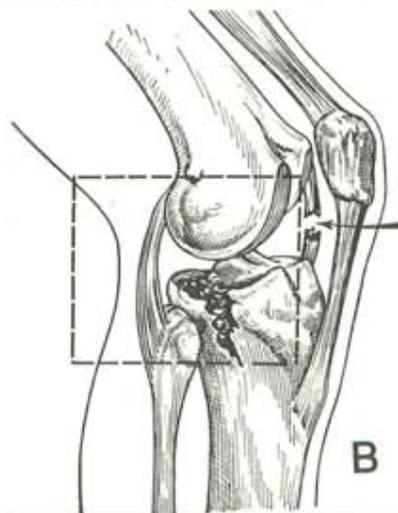
$$E = \frac{1}{2} MV^2$$

Un homme de 70 kg animé d'une force vive de 60 km/h, développe une énergie de 9600 kg; mais nous connaissons mal les coefficients exacts de rupture des divers tissus, organes et structures du corps humain normal.

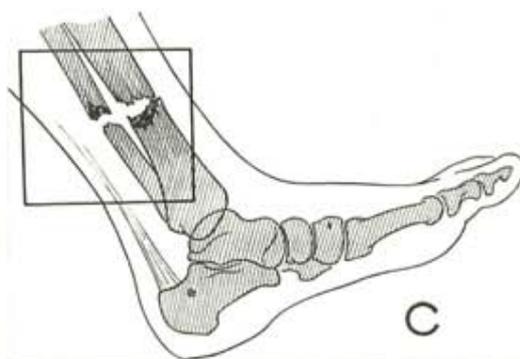
Il est bien certain que la complète translation à l'homme de phénomènes purement physiques, sans tenir compte, entre autres détails, des densités tissulaires, ainsi que des différents coefficients d'élasticité propres à chacun serait une très grossière erreur.



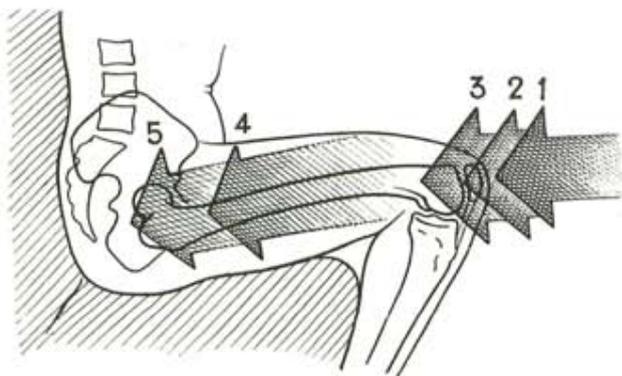
A : Un impact antérieur et médian (enfoncement de la carrosserie et du tableau de bord) blesse la jambe droite du conducteur tenue en bas par l'appui du pied sur la pédale, tenue en haut par l'angulation du genou. La lésion est souvent double.



B : La lésion du genou (occasionnelle) est une fracture (avec enfoncement du plateau tibial) opposée à une rupture ligamentaire.

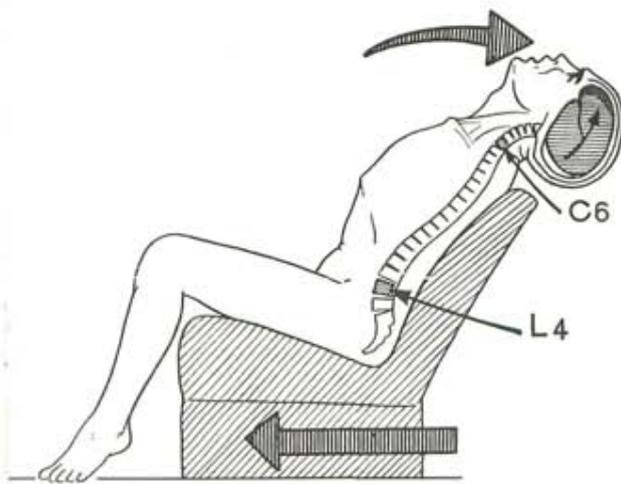


C : La lésion de la jambe (habituelle) est une fracture transversale des 2 os au 1/3 inférieur.



En traumatologie routière, que commande essentiellement la grande cinétique, il est fréquent d'observer des lésions à distance de l'impact. Parfois il arrive que l'énergie (la force vive) initiale s'épuise en totalité ou en partie, chemin faisant; elle détermine alors sur son parcours un égrènement d'altérations structurales dont les fractures étagées sont les plus classiques formes. Cette figure montre les zones de reconcentration d'énergie en des points éloignés du lieu d'application de l'impact initial.

Dans le cas présent, il s'agit d'un impact du genou, survenu chez un sujet assis et projeté en avant contre le tableau de bord par une brusque décélération : la peau, la rotule, le massif fémoro-condylien, le sous-trochanter et le fond du cotyle sont, dans cet exemple, les 5 zones du regroupement énergétique et d'altérations structurales.



Ces deux mécanismes exactement opposés se succèdent habituellement dans le temps au cours des décélérations ou des accélérations brusques. L'une et l'autre portent cassure aux mêmes zones structurales (cerveau, C6 et L4) mais en des points différents suivant le mécanisme.

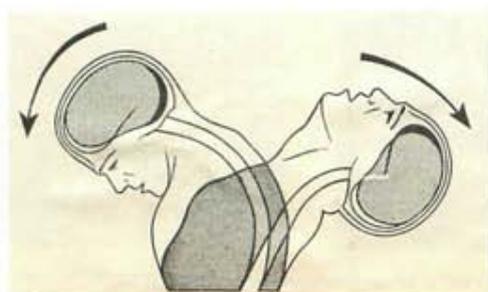
Outre des impacts directs qui provoquent des plaies, des fractures, des luxations, enfoncements, ecchymoses, des impacts indirects se manifestent comme les plicatures violentes du rachis.

Sous l'effet du choc, la tête, le cou, le dos et les reins se plient violemment soit en avant, soit en arrière, parfois alternativement en avant et en arrière. Ces brusques mouvements font subir des dommages importants surtout au niveau des trois zones charnières du rachis.

Au cou, au niveau de la 6ème vertèbre cervicale.

Au dos, au niveau de la 12ème vertèbre dorsale.

Dans la région lombaire, au niveau de la 4ème ou de la 5ème vertèbre lombaire. Ces dommages, fréquents, profonds, cachés, doivent toujours être suspectés. Il s'agit d'entorse, de fractures, luxations ou dislocations de la colonne vertébrale.



Les collisions par l'arrière sont bien moins fréquentes. Elles surviennent en général à vitesse modérée; aussi, les dégâts matériels sont-ils peu importants. Par contre, elles s'accompagnent habituellement de graves lésions du rachis cervical dues au mouvement de flexion de la tête. La tête part d'abord, tel un boulet de canon, en arrière puis en avant.

Si l'on décompose l'accident dans ses éléments mécaniques et cinétiques d'une part, dans ses éléments de durée d'autre part (on se comporte comme si l'accident pouvait s'observer "au ralenti", on remarque des modes agressifs variés. Il est cependant possible de distinguer deux catégories prédominantes de mécanismes. Dans un premier groupe, on trouve des actions percutantes, véritables impacts directs et qui agressent la victime par l'extérieur. Dans un second groupe, au contraire, on observe des mécanismes procédant d'une cinétique interne pure et qui atteignent l'organisme sans impact direct.

**Dans le premier groupe :** tous les phénomènes de percussion (choc, heurt, chute) par impacts directs variés : certains impacts sont uniques, d'autres sont multiples (simultanés ou successifs) mais ils sont tous dirigés dans le même sens. Il en résulte des contusions, ecchymoses, plaies, fractures (dites par choc direct), écrasements, enfoncements. D'autres impacts multiples sont de sens opposés ou divergents. Ils provoquent des lésions complexes : ruptures et cisaillements, arrachements, broiements, torsions et éclatements viscéraux ou périphériques.

**Dans le second groupe :** Il s'agit des traumatismes liés exclusivement aux traumatisés de la route. Les phénomènes de percussion n'existent plus. L'action pathogène dépend de processus cinétiques et vibratoires liés aux accélérations ou décélérations brutales et qui modifient en les amplifiant les poids des divers éléments organiques du corps.

Dans les impacts directs, les forces vives peuvent être dirigées dans le même sens et donnent :

- A : Plaies et fractures directes
- B : Ecrasements
- C : Ecrasements
- D : Enfoncements

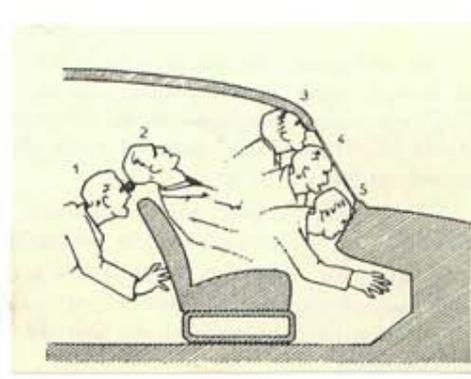
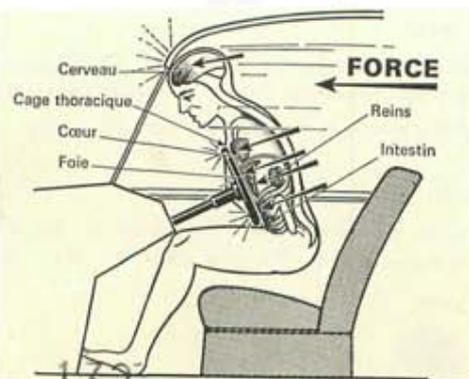
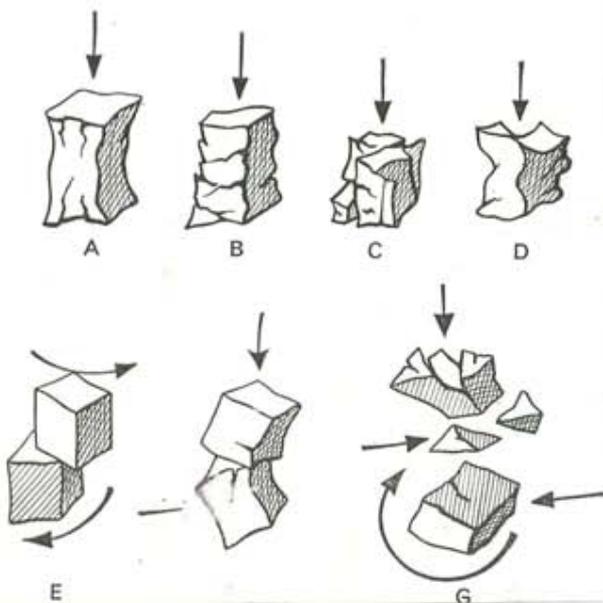
ou les forces vives peuvent être de sens opposés ou divergents et donnent :

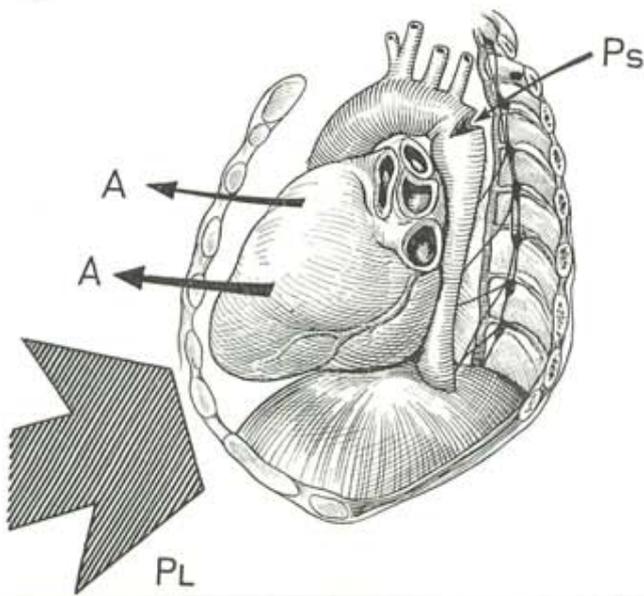
- E : Cisaillements, torsions
- F : Arrachements, broiements
- G : Eclatements.

C'est ainsi qu'en arrêt brusque sur des sujets assis, la cinétique plie tout le corps ou du moins ses segments les plus ballants :

la pesante tête, par exemple, lancée en avant ou projetée en arrière, dusloque le cou par un brusque mouvement en fléau, mécanisme classique de mort instantanée sans impact externe

et, dans les cas moins graves, mécanisme fréquent de pertes de connaissance par commotion traumatique.

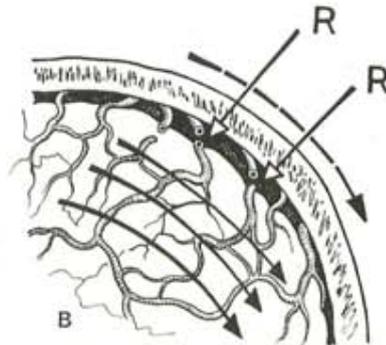
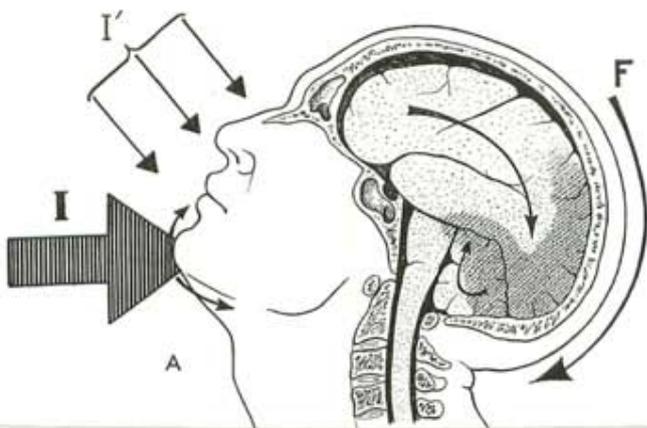




Un exemple de mécanisme de "second groupe". L'aorte se lacère au point d'attache supérieur de l'artère (Ps) lorsque le coeur est projeté brusquement en avant (A), surtout si le thorax est arrêté sur un plan (Pl) qui est la représentation exacte du plan du "volant".

Dans certaines décélérations, on peut voir un encéphale qui s'abîme sans choc crânien.

Les brutales décélérations provoquent les pires projections internes d'organes qui tendent alors vers la déchirure ou l'éclatement sans la participation indispensable d'un impact voisin.



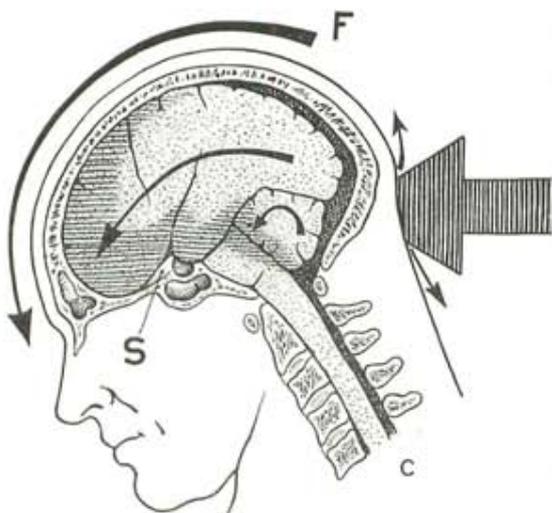
Ici un exemple de biomécanique concernant un traumatisme cinétique de la tête.

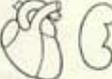
A : Un important impact mentonnier (I) ou facial (I') anime le crâne et son contenu d'une

force cinétique (F). La tête et tout l'encéphale sont projetés en arrière; tous les éléments endocrâniens s'animent d'une force vive : le cerveau, projeté vers l'occiput se contusionne à son contact; le cervelet animé à son tour percute les pédoncules.

B : Ce mouvement de projection cérébrale tire sur les fines veines cortico-méningées et sinusales, ce qui les rompt souvent (R).

C : Incidences identiques mais inversées, si l'impact est occipital; en plus, existence (parfois) de contusions cérébrales graves par projection de l'encéphale contre l'arête vive du sphénoïde (S). Ici le cervelet percute la protubérance.



ORGANES	Poids au repos	Poids lors d'un stop à 100 km/h
 FOIE	1,700 kg	<b>47</b> kg
 CŒUR REIN	0,300 kg	<b>8</b> kg
 RATE	0,150 kg	<b>4</b> kg
 CERVEAU	1,500 kg	<b>42</b> kg

C'est en 1982 que je demandais pour la lère fois au Maire de Lys lez Lannoy (M. André DESMULLIEZ) d'accepter de donner le Nom du Professeur ARNAUD à une rue de la ville.

Lys avait été le siège des équipes de Secouristes (avec un local attribué) qui, rassemblées, donnèrent l'A.S.A.R en 1979 et c'est à Lys que "l'association des moniteurs de Secourisme" de 1976 devint "l'A.D.P.S" (Association pour le développement de la prévention et du Secourisme) appellation précédente à celle du C.A.P.S.U d'aujourd'hui.

Je renouvelais ma demande au nouveau Maire de Lys lez Lannoy lors d'un entretien, le 11.5.1983, confirmé par une lettre du 16.5.1983.

Le rue "Professeur ARNAUD" vit le jour début 1984. Ce n'est que le 28.4.1985 que le Professeur Louis SERRE, Ami personnel de Marcel ARNAUD et fondateur du SMUR et SAMU de Montpellier vint inaugurer officiellement cette première rue (la date du 18.8.1984 n'ayant pu être retenue).

En juin 1985 (voir tome I), j'avais eu un appel téléphonique du Docteur SOUBIRAN. Il avait lu dans la revue du Secours Routier Français l'initiative de l'ASAR de donner à Marcel ARNAUD le Nom d'une rue de la ville.

Le 27.6.1985 j'avais ainsi répondu par écrit à cet entretien téléphonique et remis au Docteur André SOUBIRAN, Président de l'A.C.M.F (Automobile-Club Médical de France) différents comptes-rendus et photos du 28.4.1985, comme il me l'avait demandé.

Et on le sait, le Président de l'A.C.M.F, organisme (mais je l'ignorais à l'époque) qui aida beaucoup Marcel ARNAUD dans son action, dès le début, en 1959, fit le déplacement de Paris à Lys lez Lannoy, le 18.8.1985 (date anniversaire de la mort de Marcel ARNAUD) pour se rendre dans la rue et y déposer une gerbe de fleurs.

J'avais en effet ressenti au téléphone combien l'estime et la reconnaissance du Docteur SOUBIRAN demeuraient grandes envers Marcel ARNAUD. C'est bien évidemment à lui que je faisais appel en 1986 pour inaugurer la 2ème rue de France, à Hem, autre ville d'action pour le développement du Secourisme de l'A.S.A.R, dans l'agglomération de Roubaix.

## Au conseil municipal

● **Mise en place des comités d'hygiène et sécurité** : les élus ont désigné comme membres du «comité d'hygiène et de sécurité», outre le maire, M. Codron qui en assure la présidence, MM. Michel Destailleur, Albert Derinck, Didier Neyrinck (titulaires), et comme suppléants : Mme Nadine Piétin, ainsi que MM. Claude Delahaye et Philippe Albert. Notons que l'effectif global des agents communaux est supérieur à cinquante. D'autre part, le secrétaire général fera procéder, au cours d'une assemblée générale du personnel, à l'élection des représentants de celle-ci.

● **Aménagement de la mairie** : M. le maire a été autorisé à signer le marché d'ingénierie et d'architecture avec M. Lemaire, architecte.

● **Travaux de voirie Impasse Bayart et sentier du Brigadier** : des travaux de voirie et d'assainissement doivent être entrepris impasse Bayart et sentier du Brigadier.

● **Nouveaux noms de rues** : sera appelée «rue des Camélias» l'artère qui traverse les lotissements qui viennent d'être construits dans la rue Franklin. La numération des habitations se

fera ultérieurement. Le nouvel axe passant à travers le tout récent ensemble immobilier édifié rue du Vert-Pré s'appellera «rue du Professeur Marcel-Arnaud».

Les artères nouvellement créées sur le lotissement neuf, implanté rue du Général-Leclerc, porteront les noms de «rue du Capitaine-Parent», et de «rue des 3 Fères-Delreux».

Enfin, M. Ricet est intervenu pour que lors de prochaines dénominations de rues, soit prévue une «Rue du 8-Mai 1945».

Le 16 Mai 1983

Monsieur Maurice CODRON,  
Maire de Lys lez Lannoy,  
Hôtel de Ville,  
59390 LYS LEZ LANNOY

Monsieur le Maire,

Je tiens tout d'abord à vous remercier de l'excellent accueil que vous avez bien voulu me réserver ainsi qu'aux deux Dirigeants de notre Association qui m'accompagnaient lors de notre rencontre, mercredi 11 mai.

Comme vous le souhaitez, je vous confirme notre souhait exprimé lors de cet entretien que le Nom de notre Cher Maître, le Professeur Marcel ARNAUD, soit attribué à une rue de la Commune et si la chose est possible, en 1983.

Je vous remets sous ce pli un certain nombre d'articles qui étaient parus lors de la disparition du Professeur ARNAUD.

Si la chose était utile ou nécessaire, puisque le Conseil Municipal doit adopter cette proposition puis obtenir l'agrément Préfectoral, je suis tout à fait disponible pour exprimer aux élus de la Ville qui a été Le Professeur ARNAUD.

Lys sera peut être la première ville de France à attribuer le Nom d'une de ses artères à celui qui a tant fait pour sauver des vies humaines sur nos routes. La Sécurité Civile a donné son Nom à une salle de l'Ecole Nationale de Nainville les Roches où il a enseigné et où d'ailleurs j'ai eu l'honneur et le privilège de suivre son enseignement.

Il est bien évident que pour nous cet événement représenterait une importante journée et que nous la ferions coïncider avec d'autres manifestations à la mémoire de notre Maître et nous y convirions de nombreuses Personnalités dont les Médecins qui l'ont connu.

Je vous prie de croire, Monsieur le Maire, en mes sentiments très distingués.

Le Président,

Le 14 juin 1984

Monsieur Maurice CODRON,  
Maire de Lys lez Lannoy,  
Hôtel de Ville,  
59390 LYS LEZ LANNOY

Monsieur le Maire,

C'est avec une certaine fierté que j'ai remarqué il y a quelques jours la plaque "rue du Professeur ARNAUD" que la Ville de Lys lez Lannoy a bien voulu lui attribuer.

Ce n'est pas sans émotion non plus que je me rendrai le 18 juillet prochain sur la tombe de mon regretté Maître qui a tant fait jusqu'au dernier jour de sa vie pour améliorer les secours aux accidentés de la route.

Je vous remercie à nouveau de m'avoir donné cette joie. Je ferais connaître notre initiative en octobre lors du Congrès des Moniteurs de Secourisme qui aura lieu à Montpellier.

Vous étiez d'accord pour inaugurer officiellement cette plaque. Geste symbolique mais très riche en valeur pour nous.

Je vous propose que cette inauguration officielle se fasse le samedi 18 août prochain. Ce 18 sera la date anniversaire de la disparition du Professeur ARNAUD qui est décédé le 18 août 1977.

J'ai l'intention d'y convier des responsables d'Associations de Secourisme de tous horizons, des Personnalités du monde Médical qui l'ont connu, etc.

Aussi, vous me rendriez la tâche facile si vous pouviez me confirmer rapidement votre accord en me précisant si, malgré la période des vacances, vous pourriez être présent personnellement ce 18 août 1984. Nous pourrions fixer une heure en fin de matinée vers 11h 15 ou 11h 30 à votre choix.

Une information paraîtra dans diverses revues Nationales et vous en serez informé.

.../...



# 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".

**A.S.A.R.**

Le 27 juin 1985

- 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

Monsieur le Docteur SOUBIRAN,  
Automobile-Club Médical,  
74 Avenue Kléber,  
75116 PARIS

Mon Cher Docteur,

Permettez-moi cette appellation familière après l'appel téléphonique qui m'a valu l'honneur de vous entendre et de rendre, vous aussi, un hommage à notre Maître à tous, à l'Apôtre du Secourisme Routier, au Pionnier de la traumatologie routière, le Professeur Marcel ARNAUD.

Si, hier, en lisant cet article du Secours Routier Français rendant compte de l'hommage National rendu ici au Professeur ARNAUD vous avez eu "un coup au coeur de joie", pendant que je vous écoutais parler avec tant de chaleur et d'Amitié, comme si il était encore parmi nous, de celui que tout le monde appelle "notre Maître", ce "coup au coeur" m'était ainsi transmis à nouveau car vous ne pouvez pas savoir la joie que vous m'avez procurée...

Je réponds aujourd'hui en grande partie à votre souhait. Vous trouverez ci-inclus quelques photos en noir et blanc avec quelques commentaires au dos ainsi qu'une plus grande récupérée au journal "La Voix du Nord" prise lors de la minute de silence chargée d'émotion et de souvenirs.

Je vous remets également les articles de Presse qui vous donneront plus de détails sur le déroulement de cette grande journée ainsi que nos interventions à l'Hôtel de Ville de Lys lez Lannoy, petite ville de 12.000 habitants dans la banlieue de ROUBAIX, siège de l'ASAR et boîte postale Nationale pour la Campagne des "5 gestes qui sauvent" dont je vous parlerais peut-être un peu plus une autre fois. Je vous adresse toutefois un exemplaire de la brochure gratuite que nous diffusons dans toute la France, édition 1985.

.../...



Fondée par Didier Burgraeve  
Association affiliée de la Campagne Nationale, 5 degrés au sud  
Favre d'honneur en cas de catastrophe en France et à l'étranger  
.../...

Adresse Postale : A.S.A.R. - 58500 LYS-LES-VALENTIN

J'ai conservé soigneusement quelques petits bouts du ruban tricolore coupé par le Maire de la Ville pour inaugurer la première rue de France portant le Nom du Professeur ARNAUD; pour sa fille avec qui je suis en contact, pour son Ami fidèle le Préfet ARRIGHI de Marseille et quelques intimes.

Je sais que je vais vous faire un grand plaisir en vous remettant un morceau de ce ruban qui, si symbolique qu'il soit, représente un souvenir inestimable pour tous ceux et je sais qu'ils sont très très nombreux, qui n'oublieront jamais le Professeur ARNAUD. Et je sais aussi, vous venez de me la prouver, que vous êtes de ceux-là.

Avant de partir pour une semaine ce samedi, je tenais déjà à vous adresser ces documents et ce que vous m'avez demandé.

Je vous prie de croire, Mon Cher Docteur, en ma Haute Considération.

Le Président,

Didier BURGRAEVE

- + ph. art 11.485 (un) < 17.485 un + RV Asan s/ Hommage Nat-br A.
- 4 photos (lv Seine rejoint avec le parabole,  
le Maire coupe le ruban,  
le lv Seine dévile la plaque,  
photo-fouvenir de la communauté dev. la plaque).
- + photo v.v. minute de silence.
- interventions SB me < Mainé + P.C. mainé
- 1 brochure "5 forts" PT
- + morceau de ruban

## Dimanche prochain, inauguration de l'allée Professeur Marcel-Arnaud

Après Lys-lez-Lannoy en avril 85 où étaient réunis autour du maire et du conseil municipal, le professeur Louis-Serre, fondateur du SAMU de Montpellier, ami du professeur Arnaud, sapeurs-pompiers, services de police et de gendarmerie, représentants des associations de secourisme dont la Fédération nationale de protection civile afin d'inaugurer la première rue de France portant le nom du père des SAMU, c'est à Hem qu'un nouvel hommage national lui sera rendu ce dimanche 28 avec l'inauguration d'une allée Professeur Marcel-Arnaud.

C'est dès 1957 que Marcel Arnaud lance un cri d'alarme afin de mieux organiser les secours aux accidentés de la route. Au delà de l'intervention des premiers témoins, de la

compétence des Secouristes professionnels, il fut celui qui milita toute sa vie pour que les secours soient médicalisés d'où la création d'équipes mobiles se déplaçant de l'hôpital sur les lieux de l'accident ou de la détresse. Aujourd'hui, tout le monde connaît les SMUR et les SAMU qui les coordonnent.

C'est le Dr André Soubiran, président de l'Automobile-Club médical de France qui présidera cette cérémonie à 11 h 30, suivie à la salle des fêtes d'une réception en présence de nombreuses personnalités. Cette manifestation du souvenir à un homme éminent et désintéressé, organisée par l'ASAR, sera précédée le samedi 27 par la réception de nouveaux secouristes à l'hôtel de ville de Leers et la présentation d'une partie du matériel de l'équipe d'intervention de l'ASAR en cas de catastrophe.

25 SEP. 1986

### Dimanche, inauguration d'une allée du Professeur-Arnaud

Dès 1957, le professeur Marcel Arnaud lançait un cri d'alarme afin de mieux organiser les secours aux accidentés de la route.

Ce dimanche sera inaugurée, à 11 h 30, une allée du Professeur Marcel Arnaud, en présence du Dr André Soubiran, président de l'Auto-

mobile-Club médical de France. Cette manifestation d'hommage à un homme éminent, organisée par l'ASAR, sera précédée aujourd'hui samedi par la réception de nouveaux secouristes à l'hôtel de ville de Leers, et par la présentation du matériel d'intervention de l'ASAR en cas de catastrophe.

L'inauguration eut lieu le dimanche 28 septembre 1986 mais ce nouvel Hommage au Professeur ARNAUD fut précédé d'une réception des Secouristes de l'A.S.A.R à l'hôtel de Ville de Leers, en présence du Docteur André SOUBIRAN et aussi en présence de deux représentants de l'Unité de la Sécurité Civile de Nogent le Rotrou avec laquelle l'équipe d'urgence de l'A.S.A.R était partie en mission de secours à Mexico lors du terrible tremblement de terre.

Les équipiers de l'A.S.A.R ont pu ainsi retrouver le Sergent-chef Philippe DODIN accompagné du nouveau médecin de l'unité, le Médecin-Capitaine DUBOIS, ce dernier remettant au Président de l'A.S.A.R le fanion de l'Unité.

Comme pour Lys lez Lannoy, un carton d'invitation avait été adressé à tous ceux susceptibles d'être concernés et intéressés par l'inauguration d'une rue "Marcel ARNAUD". A la Mairie de Leers, le matériel de secours de l'ASAR fut présenté au Docteur SOUBIRAN et un film de TF1 sur les 5 GESTES QUI SAUVENT fut présenté à toute la salle en présence du Conseil Municipal. Dimanche matin, avant la cérémonie à Hem, une visite eut lieu chez les Sapeurs-Pompiers (Lille) pour découvrir le matériel de désincarcération sous la conduite du Médecin-Colonel Paul POULAIN.



Professeur Marcel ARNAUD  
1896 - 1977

## *Invitation*

*''Le nom de Marcel ARNAUD,  
pionnier de la chirurgie des blessés de la route,  
apôtre de l'enseignement du secourisme routier  
et des premiers soins, mérite le souvenir et son  
œuvre la reconnaissance''.*

*Docteur André SOUBIRAN*

M. Didier BURGGRAEVE

Président-Fondateur

les Membres du Bureau et du Conseil de

**L'ASSOCIATION DES SECOURISTES**

**DE L'AGGLOMÉRATION DE ROUBAIX**

*vous prient de leur faire l'honneur d'assister à l'inauguration de  
la rue ''PROFESSEUR MARCEL ARNAUD''*

*le Dimanche 28 Septembre 1986, à 11 heures 30, à HEM  
par le Docteur SOUBIRAN*

*Président de l'Automobile-Club Médical de France*

## LEERS

# Hier, le docteur Soubiran a félicité les secouristes de l'A.S.A.R. et rendu hommage au professeur Arnaud

Le docteur Soubiran, auteur des « Hommes en blanc », et plus récemment de « J'étais médecin avec les chars », inaugure ce dimanche à Hem, la rue du Professeur-Marcel-Arnaud, célèbre neuro-chirurgien marseillais, véritable père de la traumatologie routière, décédé le 18 août 1977, à 81 ans, lors qu'un exercice de secourisme routier. Le médecin-écrivain était devenu son ami et avait fondé en sa compagnie les assises nationales annuelles des accidents de la route.

Sachant cela et s'honorant de son amitié, Didier Burggraeve, président de l'association des secouristes de l'agglomération de Roubaix (A.S.A.R.), demanda au docteur Soubiran d'avancer quelque peu sa venue dans le Nord pour présider hier, à la mairie de Leers, la remise de deux importantes distinctions ainsi que de trente brevets nationaux de secouristes.

La personnalité de l'invité donna bien vite à la manifestation l'ampleur d'un minicongrès sur le thème du secourisme et, deux heures durant, nous avons revécu l'action du professeur Arnaud, le travail du professeur Paul Bouret qui eut l'idée de médicaliser les secours routiers, les dix-neuf années de luttes et de démarches qui permirent à Didier Burggraeve et à son équipe d'imposer enfin — malheureusement pas encore sur le plan national — les « cinq gestes qui sauvent ». Nous avons visionné un film réalisé à Roubaix par TF 1 sur l'action de l'A.S.A.R. qui a créé une équipe d'intervention pour les catastrophes (ils firent partie des sauveteurs de Mexico dans les rangs de l'unité d'instruction de sécurité civile n° 1 basée à Nogent-le-Rotrou) et vint l'heure des félicitations et remises des récompenses: M. Losfeld, président de la société d'encouragement au dévouement, remit la médaille d'argent à Brigitte Tricoit, secrétaire de l'A.S.A.R., monitrice spécialiste en réanimation ainsi qu'à Philippe Lauwick, moniteur responsable de l'asso-

ciation qui achève ses études de médecine.

Le docteur Soubiran remit à Didier Burggraeve la médaille de l'Automobile-club médical de France, et enfin, devant tous les élus réunis, M. De-

monchaux, maire, distribua aux trente récipiendaires lauréats de l'examen de mars dernier, les brevets nationaux de secouristes.

Le docteur Soubiran offrit et dédicaça quelques-uns de ses

ouvrages, le maire fit cadeau de plusieurs assiettes aux armes de la ville et promit d'examiner la possibilité de donner à une rue de la commune le nom du professeur Arnaud.



Devant le président Losfeld, le docteur Soubiran remet à Didier Burggraeve, la médaille de l'Automobile-Club Médical de France.

Intervention de Didier BURGGRAEVE

1

M. LE MAIRE, MESDAMES & MESSIEURS

AVANT DE PASSER IMMEDIATEMENT LA PAROLE AU DOCTEUR  
ANDRE SOUBIRAN QUI NOUS A FAIT L'HONNEUR ET L'AMITIE  
D'ETRE AVEC NOUS CET APRES-MIDI, JE VOUDRAIS REMERCIER  
POUR LEUR PRESENCE DANS CETTE SALLE :

*red. rue du Bois*  
~~le~~ Capitaine CHAPRON et  
~~le~~ Sergent DODIN de l'U.I.S.C. de Nogent-le-Rotrou  
représentants le Colonel DUVILLARD Commandant l'Unité  
et avec qui nous étions à Mexico l'an dernier.

---

M. LE MAIRE, MESDAMES & MESSIEURS,

ON NE PRESENTE PAS OU PLUS A UNE ASSEMBLEE LE  
DOCTEUR ANDRE SOUBIRAN DONT LE NOM EST CELEBRE  
ET LE RESTERA TOUJOURS.

CERTAINS LE CONNAISSENT COMME PRESIDENT DE L'AUTO-  
MOBILE-CLUB MEDICAL DE FRANCE.

MAIS TOUS NOUS LE CONNAISSONS OU LE CONNAISSIONS  
COMME ECRIVAIN.

FAUT-IL RAPPELER "LES HOMMES EN BLANC" ou  
"J'ETAIS MEDECIN AVEC LES CHARS".

.../...

---

- 2 -

D'AUTRES LE LISENT OU L'ONT LU AU MOINS UNE FOIS,  
CAR SES ARTICLES, SES ECRITS - QUI FONT AUTORITE -  
SONT TRES NOMBREUX POUR LES MEDECINS EUX-MEMES  
MAIS AUSSI POUR LE GRAND PUBLIC - CE QU'IL FAUT  
SAVOIR FAIRE CAR TOUT LE MONDE N'EST PAS CAPABLE  
DE S'ADRESSER A LUI.

JE LUI PASSE LA PAROLE AVEC PLAISIR EN LUI DISANT  
QUE NOTRE FIERTE EST GRANDE EN L'ACCUEILLANT PARMIS  
NOUS AUJOURD'HUI.

ET JE VOUS REMERCIE M. LE MAIRE ET LE CONSEIL  
MUNICIPAL TOUT ENTIER POUR VOTRE SYMPATHIQUE  
ET IMPOSANTE PRESENCE.

---

Intervention de Didier BURGGRAEVE

suite - après Docteur SOUBIRAN - 3 -

M. LE MAIRE, M. LE PRESIDENT, MESDAMES & MESSIEURS

C'EST LE PR MARCEL ARNAUD QUI A PERMIS LE LIEN ENTRE L'A.S.A.R. et l'A.C.M. de FRANCE ET VOUS, DOCTEUR SOUBIRAN, QUAND VOUS AVEZ APPRIS L'INAUGURATION A LYS LEZ LANNOY D'UNE RUE PORTANT SON NOM. ET NOS ACTIONS SONT COMPLEMENTAIRES.

VOUS VENEZ DE NOUS REPLONGER, PAR VOTRE BRILLANTE INTERVENTION, DANS LE DOULOUREUX CONTEXTE DES ACCIDENTS DE LA ROUTE ET DE L'UN DE SES ASPECTS, A NOS YEUX, LE PLUS CRUCIAL ACTUELLEMENT ( A PART LE FLEAU DE L'ALCOOL AU VOLANT), JE VEUX PARLER DES SECOURS AUX ACCIDENTES DE LA ROUTE.

DIRE "ACTUELLEMENT" EST UNE GROSSIERE EXAGERATION PUISQUE NOTRE MAITRE, LE PR MARCEL ARNAUD DONT NOUS HONORERONS LA MEMOIRE DEMAIN MATIN A HEM, TIRA LA SONNETTE D'ALARME BIEN AVANT LES ANNES 60.

L'ORGANISME QUE VOUS PRESIDEZ - M. LE PRESIDENT - APPORTE SA CONTRIBUTION, AUTANT QUE FAIRE SE PEUT - AFIN DE TENTER DE REDUIRE LE NOMBRE ET LA GRAVITE DES ACCIDENTS DE LA ROUTE ET EGALEMENT LEURS CONSEQUENCES DIRECTES SUR L'HOMME.

L'A.S.A.R., DEPUIS 19 ANS - AU DEPART A TITRE INDIVIDUEL PUIS SOUS DIVERSES APPELLATIONS - MENE LE COMBAT DES "5 GESTES QUI SAUVENT" - COMBAT - TERME PEJORATIF POUR DES SECOURISTES, MAIS OH COMBIEN

.../...

JUSTE QUAND IL S'AGIT DE CONVAINCRE ET LE GRAND PUBLIC ET LES POUVOIRS PUBLICS, CES DERNIERS ETANT LES PLUS LENTS OU LES PLUS RETICENTS, SOUVENT PAR MECONNAISSANCE DU PROBLEME.

UN JOUR, EN FRANCE, TOUS LES FRANCAIS APPRENDRONT LES "5 GESTES" PAR EXEMPLE POUR OBTENIR LEUR PERMIS DE CONDUIRE. VOUS EN AVEZ PARLE AVEC LA PRECISION QUI VOUS CARACTERISE. JE N'INSISTERAI PAS.

JE DIRAIS SIMPLEMENT QU'IL EXISTE UN CONSENSUS SUR CES 5 GESTES. MEDECINS, SECOURISTES, ORGANISMES DE SECOURISME, PROFESSIONNELS DU SECOURS, ELUS, etc TOUS DOIVENT PARTICIPER - NON DE LOIN MAIS COMME ACTEURS IMPLIQUES DANS UNE RESPONSABILITE COLLECTIVE - DONC PARTICIPER A FAIRE ADOPTER CETTE MESURE CAR IL Y A DES VIES A SAUVER ET CES VIES NOUS LES SAUVERONS NON PAS AVEC DES MOTS MAIS AVEC DES GESTES, LES 5 GESTES.

L'ASAR SORT DE SES FRONTIERES NATURELLES ET D'UNE ASSOCIATION LOCALE DEVIENT UNE ASSOCIATION NATIONALE QUAND ELLE ANIME UNE TELLE CAMPAGNE.

VOICI, DANS UN PETIT FILM REALISE PAR T.F.1 A ROUBAIX, CE QUE NOUS SOUHAITONS FAIRE APPRENDRE A CHAQUE FRANCAIS.

- - - - -

CELA NOUS AMENE A REMETTRE LES B.N.S AUX NOUVEAUX SECOURISTES QUE L'ASAR A FORMÉS.  
CERTAINS D'ENTRE-EUX PROLONGERONT LE TEMPS PASSÉ LE SOIR A SE PREPARER PAR UN ENGAGEMENT DANS LES EQUIPES ACTIVES.

LE SECOURISTE CREE EN LUI - DE PAR SA PREPARATION TECHNIQUE ET MENTALE - LES SENTIMENTS D'ALTRUISME, DE DEVOUEMENT, DE DESINTERESSEMENT, QUE NOUS CULTIVONS A L'ASAR.

NOUS SAVONS BIEN QUE NOUS VIVONS DANS UNE SOCIETE QUI VA A CONTRE-COURANT DE CES VALEURS.

NOUS FAISONS SEMBLANT DE NE PAS LE COMPRENDRE AFIN DE NE PAS ETRE TROP DECUS PAR TOUS CEUX QUI NE FONT RIEN.

LE SECOURISTE A POURTANT UN ROLE EXALTANT EN CAS D'ACCIDENT.

.../...

IL EST INVESTI - EN L'ATTENTE DES SECOURS SPECIA-  
LISES, D'UNE NOBLE ET IMPOSANTE MISSION.

IL VEILLE SUR LE OU LES BLESSES.

IL PRATIQUE LES GESTES D'URGENCE.

PARFOIS CES GESTES SAUVENT LA VIE DU MALADE OU  
DU BLESSE.

IL DIRIGE SUR PLACE LES AUTRES TEMOINS.

IL A L'OEIL A TOUT.

IL RECONFORTE BLESSES ET PROCHES.

IL AIDE LES SECOURS.

SA MISSION ACHEVEE, IL SE RETIRE DISCRETEMENT.

A COTE DU MEDECIN QUI SOIGNE ET QUI GUERIT, JE  
VOIS BIEN SUR LA MEME HAUTEUR LE SECOURISTE QUI  
SECOURT ET QUI SAUVE.

SALUONS ICI TOUS LES SAUVETEURS QUI ONT DONNE LEUR  
VIE ET NOTAMMENT CET ETE POUR ACCOMPLIR LEUR NOBLE  
MISSION.

- JE PENSE A CEUX DES FEUX DE FORETS ET AUX PILOTES  
DES CANADAIS.

- JE PENSE AUX SAUVETEURS BENEVOLES DU SAUVETAGE  
EN MER.

- JE PENSE AUX SAPEURS-POMPIERS, AUX HOMMES DES  
UNITES DE LA SECURITE CIVILE,  
AUX GENDARMES DU SAUVETAGE EN MONTAGNE,

A CES SECOURISTES BENEVOLES QUI PERDENT HELAS LEUR  
VIE EN SECOURANT LEUR PROCHAIN.

JE VOUS PROPOSE - POUR TOUS CEUX LA D'EMBLEE LES  
NOTRES - 1 MINUTE DE SILENCE A LEUR MEMOIRE.

je vous remercie.

# TRENTE DIPLÔMES ET DEUX MÉDAILLES

*L'association des Secouristes de l'agglomération roubaisienne félicitée par le docteur Soubiran.*

**I**L faisait chaud dans les locaux de la mairie samedi après-midi mais l'on pouvait se sentir mal.

S'y trouvaient, en effet, trente nouveaux secouristes, deux secouristes expérimentés nouvellement médaillés, l'équipe d'intervention en cas de catastrophe — chien et matériel compris — et d'éminentes personnalités n'ayant plus rien à découvrir sur la "traumatologie routière".

On aurait donc pu feindre un évanouissement et donner ainsi l'occasion à Didier Burggraeve, président de l'Association des secouristes de l'agglomération roubaisienne (A.S.A.R.) de mettre en pratique sa technique des "cinq gestes qui sauvent". Il n'en fut rien et bien qu'aucun malaise n'ait altéré cette réunion chacun des participants a toutefois compris l'importance du message qu'ont voulu faire passer les intervenants.

Comme chaque année, les nouveaux secouristes recevaient donc leur diplôme. Cette fois, c'est la commune Leer-soise, son maire et son conseil qui accueillèrent cette promotion 86. Cette réception devait toutefois revêtir un faste inhabituel.

Didier Burggraeve profita de l'occasion pour honorer deux de ses fidèles et inviter un éminent spécialiste, le Docteur Soubiran, médecin-

écrivain, ami du professeur Marcel Arnaud.

La personnalité de l'invité fit que bien vite la réunion prit l'ampleur d'un mini-congrès sur le thème du secourisme et durant près de deux heures, l'un et l'autre des intervenants rappela l'œuvre immense du professeur Marcel Arnaud, précurseur des secours de route tels que nous les connaissons aujourd'hui.

## On laisse sa sensibilité...

Ce fut tout d'abord au D<sup>r</sup> Soubiran de faire l'apologie du neuro-chirurgien marseillais, le professeur Arnaud. Le D<sup>r</sup> Soubiran retraça la carrière du professeur qui, jusqu'en août 1977, fut l'apôtre des secours routiers et propagea la campagne en faveur des "cinq gestes qui sauvent".

Didier Burggraeve poursuivit aujourd'hui l'œuvre du professeur et fut donc également mis à l'honneur par le D<sup>r</sup> Soubiran.

Si depuis dix-neuf ans dans l'agglomération l'A.S.A.R. est l'image du secours routier, c'est grâce à Didier Burggraeve et à ses équipiers.

Le président de l'A.S.A.R. préconise d'ailleurs quelque quatre à cinq heures de leçons de secourisme à tous niveaux chauffeurs. "Connaître les cinq gestes qui sauvent en passant son permis devrait couler de source", c'est du moins le sou-

hait de Didier Burggraeve, souhait émis au cours de son allocution. Pour appuyer ses dires, le président de l'A.S.A.R. fit visionner à l'assistance un documentaire réalisé récemment à Roubaix par T.F. 1.

Alerter, baliser, ranimer, compresser et sauvegarder tels sont les gestes à connaître pour sauver une ou plusieurs vies.

"Et pour sauver une vie, on laisse sa sensibilité sur le côté", affirme Didier Burggraeve, aux âmes qui penseraient ne pas être à la hauteur pour devenir secouriste...

Après avoir présenté le matériel et l'équipe de secours qui partirent l'an dernier sur les lieux de la catastrophe de Mexico, vint l'heure des félicitations et remises des récompenses.

M. Losfeld, président de la Société d'encouragement au dévouement, remit la médaille d'argent à Brigitte Tricoit, secrétaire de l'A.S.A.R. et monitrice spécialiste en réanimation, ainsi qu'à Philippe Lauwick, moniteur et vice-président de l'association.

Le D<sup>r</sup> Soubiran, en tant que président de l'Automobile Club Médical de France, remit à Didier Burggraeve la médaille de son organisme ; M. Demonchaux, maire, distribua trente brevets aux lauréats de la session de secourisme dont l'examen eut lieu en mars dernier. Il offrit aussi plusieurs assiettes frappées aux insignes de la ville et rendit hommage, tout comme l'avait

fait Didier Burggraeve, au sergent-chef Dodin, au capitaine Dubois, de l'unité d'instruction de la Sécurité Civile de Nogent-le-Rotrou, qui ce jour-là se trouvaient à la mairie leer-soise mais étaient également sur les lieux de la catastrophe mexicaine en compagnie de l'A.S.A.R.

C'est par un vin d'honneur que prit fin cette manifestation.

Et tout comme l'ont fait Lys, l'an dernier, et Hem ce dimanche, il fut question de donner à une rue leer-soise le nom du professeur Arnaud.

Mais, c'est là une autre histoire dont les élus auront encore le temps de discuter...

S.C.



Au cours de l'allocution de Didier Burggraeve, président de l'A.S.A.R.

A Hem, le dimanche 28.9.1986, ce fut un grand jour.

Avec nos Amis de Nogent-le-Rotrou (et mon instructeur à la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris qui avait fait spécialement le déplacement de Paris - adjudant-chef VALLE), autour du Docteur André SOUBIRAN, nous rendîmes un Hommage émouvant, sincère, mérité à celui qui fut "la providence des blessés de la route" titre de ce tome II.

Nous avons reçu, pour le Docteur SOUBIRAN, un télégramme du Professeur Alain LARCAN (à l'origine de l'organisation des secours d'urgence dans l'agglomération de Nancy - service SOS) qui s'associait à cet Hommage. Je dois dire que sa phrase : "Uni avec vous en pensée dans le souvenir de Marcel ARNAUD" nous est allé droit au coeur.

Au cours de son allocution dans la salle des fêtes, André SOUBIRAN rappela "l'accident" dont Marcel ARNAUD fut le témoin sur la R.N.7 (voir tome I) et au cours duquel il laisse le blessé pour mort... Il comprit probablement ce jour là que de nombreux accidentés décédaient ainsi - parce que on les prenait pour morts ! - Et ce témoignage, Marcel ARNAUD l'utilisait souvent lors de ses stages de formation et dans ses écrits. Et cette journée mit en parallèle l'action de Marcel ARNAUD, pour la médicalisation et des secours routiers spécialisés avec celle pour les 5 GESTES QUI SAUVENT qui forment de ce fait un tout indissociable.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
POSTES ET TÉLÉCOMMUNICATIONS

TÉLÉGRAMME

Association des secouristes de Roubaix  
Docteur SOUBIRAN  
LYS-lez-LANNOY

BUREAU D'ORIGINE	NOMBRE de mots	DATE de dépôt	HEURE de dépôt	MENTIONS DE SERVICE
Nancy Cal	27/21	26	14h52	



Uni avec vous en pensée dans le souvenir de Marcel

Arnaud

Professeur Alain LARCAN

Signification des principales indications qui peuvent éventuellement figurer avant l'adresse

Urgent.  
Réexpédié de \_\_\_\_\_  
MP : Remette en main propre.  
Remette \_\_\_\_\_ (date)

Nombre de l'Académie Nationale de Médecin

RP2 : Réponse payée à francs.  
CCC : Copie certifiée conforme.  
TF : A téléphoner à l'arrivée

## EN HOMMAGE A L'INVENTEUR DU S.A.M.U.

*Au Vieux-Civron, une allée porte désormais le nom du Professeur Arnaud. Pour que ne tombe pas dans l'oubli le nom de l'« apôtre du secourisme routier ».*



Le docteur Soubiran, coupe le ruban

**D**EPUIS dimanche, une allée du quartier du Vieux Civron porte le nom du professeur Marcel Arnaud. Un nom qui ne vous est peut-être pas très familier. Et pourtant, grâce au professeur Arnaud et à son action, dès 1955 jusqu'à sa mort en 1977, des centaines de personnes ont échappé à la mort après un accident routier, des milliers d'autres ont pu recevoir les premiers soins sur place.

Il est donc tout naturel que l'ASAR (Association des Secouristes de l'agglomération de Roubaix) cherche à lui rendre hommage, notamment en incitant les municipalités à donner le nom du grand chirurgien à l'une de leurs rues.

Cet hommage fut rendu à Lys-lez-Lannoy en avril 85, et à Hem dimanche en fin de matinée. De nombreuses personnalités ont assisté à la cérémonie : Mme Massart, conseiller général et maire d'Hem, M. Demonchaux, maire de Leers,

M. Prouvost, conseiller régional, ainsi que M. Burgraeve, président de l'ASAR, M. Fraisse, président de « Secouristes sans Frontières », le colonel Poulain, de l'état-major des sapeurs-pompiers de Lille, etc.

Mais c'est à une autre personnalité qu'est revenu l'honneur de couper le ruban et de dévoiler la plaque de la nouvelle rue : le docteur Soubiran, car c'est de lui qu'il s'agit, est peut-être davantage connu du grand public comme auteur à succès que comme président de l'Automobile-club médical de France. Arrivé samedi dans notre région, il devait y passer deux journées bien remplies : remise de brevets de secouristes à Leers samedi, visite de

l'état-major des sapeurs-pompiers à Lille dimanche matin, suivie de l'inauguration de l'allée du Professeur Arnaud, et enfin, évocation à la salle des fêtes de la vie du professeur Arnaud, que le docteur Soubiran a connu personnellement.

Né en 1896, Marcel Arnaud se consacra d'abord à la neurochirurgie, domaine dans lequel il fut « l'un des quelques grands spécialistes français de l'époque ». Il partit ensuite en Indochine, où il fut cité à l'ordre du corps d'armée et reçut la Croix de Guerre.

C'est en 1954, après avoir assisté à un grave accident de la route, que le professeur Arnaud décida de se consacrer entièrement au secours des accidentés : il créa de toutes pièces un secourisme nouveau

adapté à la route, inventa la notion de « polytraumatisme » et les techniques d'intervention sur les victimes, et prépara l'avenir des SAMU.

Marcel Arnaud se fit alors « l'apôtre de l'enseignement du secourisme routier et des premiers soins. Et ce fut bien là la partie la plus difficile de son œuvre, souligna le Dr Soubiran, apparemment la moins prestigieuse mais probablement la plus utile ».

M. Didier Brugraeve, président-fondateur de l'ASAR, prit ensuite la parole pour annoncer qu'en août 1987, une délégation de son association se rendrait à Marseille où repose le professeur Arnaud, « pour lui rendre un hommage national et déposer sur sa tombe une plaque souvenir ».

Une souscription sera d'ailleurs prochainement ouverte par l'ASAR afin de permettre à tous ceux qui le souhaitent de participer à cette initiative.



Photo de gauche, après l'inauguration, de gauche à droite :  
Le Docteur André SOUBIRAN, Madame MASSART Maire d'Hem, le Médecin-Colonel POULAIN, le Médecin-Capitaine DUBOIS, le Sergent-Chef DODIN (de l'Unité de Nogent le Rotrou) et Didier BURGGRAEVE.

Photo de droite : dans la salle des fêtes de la ville d'Hem, nos deux amis (le Médecin-Capitaine DUBOIS disparaîtra tragiquement lors d'un accident d'hélicoptère, en mission en Guadeloupe, après le passage d'un cyclone, en 1989).

En 1977, mourait le Pr Marcel Arnaud, un médecin qui fit beaucoup pour le développement du secourisme routier. Rien d'étonnant donc, à ce que l'association des secouristes de l'agglomération de Roubaix cherche à lui rendre hommage. Ne serait-ce qu'en incitant les municipalités à donner le nom de ce chirurgien à une rue. Ce qui fut fait en avril de l'an dernier à Lys-lez-Lannoy, ce qui fut fait ce dimanche.



A la tribune de la salle des fêtes, le Dr Soubiran a évoqué la mémoire du Pr Marcel Arnaud.

(Ph. V.D.N.)

#### La révélation du professeur

Au docteur Soubiran revint donc la charge de rappeler le « parcours » de Marcel Arnaud, né en 1896.

l'un des trois ou quatre grands spécialistes français de l'époque ». Avant de partir en Indochine où il glana en particulier une citation à l'ordre du corps d'armée, une croix de guerre...

C'est en 1954, à 18 km d'Aix, à la terrasse d'un petit restaurant routier où le professeur Arnaud déjeunait, que le destin du praticien bascula. Devant lui, un grave accident de la route se produisit : auto contre cyclo. Le cyclomotoriste mourut. Pas tout de suite. Et le Dr Soubiran, avec le calme détachement du praticien, relata la scène comme s'il y avait été... Avec de tels détails que l'assistance n'a eu aucun mal à imaginer cette fameuse scène. Bref : au début, le cadavre n'en était pas tout à fait un, mais il n'a pas tardé à le devenir complètement.

Homme de science mais homme de coeur, homme à la volonté de fer mais capable de subtile diplomatie, le professeur prend le temps de la réflexion : trois ans avant d'organiser à Paris une table-ronde afin d'alerter ses confrères chirurgiens sur la nécessité de considérer de façon particulière l'accidenté de la route. Celui-ci, en effet, n'est jamais le blessé d'une seule lésion. Le Pr Marcel Arnaud lance alors la notion - devenue aujourd'hui courante - de polytraumatisme.

Après ses confrères, le professeur songe à alerter l'ensemble du monde médical. Ce qu'il fit, par exemple, en 1959, avec l'Automobile club médical de France : ce qui donna l'occasion au Dr Soubiran de rencontrer et de connaître cet homme remarquable.

Marcel Arnaud, pugnace, continua sa tâche : il se fit ensuite « l'apôtre de l'enseignement du secourisme routier et des premiers soins ». « Ce fut la partie la plus difficile » souligna le Dr Soubiran, apparemment la

moins prestigieuse mais aussi la plus utile ».

Voilà un avis auquel ne pouvait manquer d'adhérer le président de l'ASAR, Didier Burggraeve, lui qui, depuis des années, milite pour « les cinq gestes qui sauvent ».

Et, ce jour-là, plus que le fait de rendre hommage à la mémoire d'un homme déjà maintes fois honorée, plus que le fait de baptiser une impasse, il s'agissait de rappeler que le secourisme est une nécessité, que les secouristes sauvent des vies. C'est cela que le professeur Marcel Arnaud aurait apprécié.

INAUGURATION "ALLEE DU PROFESSEUR MARCEL ARNAUD"

HEM - DIMANCHE 28 SEPTEMBRE 1986 -

Salle des fêtes d'HEM

Intervention de Didier BURGGRAEVE

MM

C'EST POUR NOUS TOUS QUI SOMMES DANS L'AGGLOMERATION DE ROUBAIX UN HONNEUR ET UN PRIVILEGE DE SAVOIR QU'A LYS LEZ LANNOY ET A HEM EXISTENT UNE RUE AU NOM DE NOTRE MAITRE.

NOUS AVONS CONSCIENCE DE RENDRE AINSI UN JUSTE HOMMAGE A CELUI QUI N'A JAMAIS MENAGE SON DEVOUEMENT ENVERS LES HOMMES, AUSSI BIEN ENVERS LES BLESSES DE GUERRE - COMME HENRY DUNANT - QUE CEUX DE LA ROUTE POUR LESQUELS EN 1955 IL Y AVAIT PRATIQUEMENT TOUT A FAIRE.

IL S'EST DONC MIS AU TRAVAIL CAR IL AVAIT PU SE RENDRE COMPTE PAR LUI-MEME LE JOUR D'UN GRAVE ACCIDENT DE LA ROUTE - COMME L'A RAPPELE LE DOCTEUR SOUBIRAN - QUE DES BLESSES GRAVES MOURRAIENT CAR ON LES CONSIDERAIT ALORS COMME MORTS DES LE DEPART.

IL A FAIT PLUS ENCORE QUE DE CREER DE TOUTES PIECES UN SECOURISME NOUVEAU ADAPTE A LA ROUTE, D'INVENTER LA NOTION DE "POLYTRAUMATISE", - LES TECHNIQUES D'INTERVENTION SUR LES VICTIMES ET DE PREPARER L'AVENEMENT DES SAMU.

IL A DONNE TOUT DE LUI-MEME JUSQU'AU DERNIER JOUR

.../...

HEM

- 2 -  
*comme lui philippe* *comme vs un et pendant*

POUR QUE LES MEDECINS, SAPEURS-POMPIERS, GENDARMES, POLICIERS, SECOURISTES BENEVOLES, SANS OUBLIER LE PERSONNEL PARA-MEDICAL DES HOPITAUX ET ENFIN, *et bien sûr, si y avait tout à faire* LE GRAND PUBLIC, SOIENT MOBILISES POUR SECOURIR AUTREMENT LES ACCIDENTES DE LA ROUTE.

IL Y A EU UN SEUL IDEAL DANS SA VIE : SERVIR. IL L'A SUIVI TOUTE SA VIE.

DE CET HOMME DONT NOUS HONORONS TOUS ENSEMBLE AUJOURD'HUI LA MEMOIRE EMANAIT UNE GENEROSITE PERMANENTE.

OBSERVER LA PHOTO QUE NOUS AVONS CHOISI POUR NOTRE CARTON D'INVITATION.

ON Y DECELE UN HOMME POUR QUI IL N'Y A QU'UNE CHOSE QUI COMPTE, TOUT LE RESTE Y COMPRIS LUI-MEME DEVENANT ACCESSOIRE.

IL SEMBLE NOUS DEMANDER DE LE COMPRENDRE ET DE L'AIDER/

LE COMPRENDRE :

IL NOUS DISAIT DEJA EN 1960 :

"EN FRANCE, LA ROUTE TUE AUJOURD'HUI UN HOMME PAR HEURE; TOUTES LES 2 MINUTES ELLE EN BLESSE UN AUTRE. EN 5 ANS, de 1955 à 1959 ELLE A AINSI FAIT PRES D'1 MILLION DE VICTIMES DONT 40.000 ONT TROUVE LA MORT ET ENCORE DANS LES 3 PREMIERS JOURS DE L'ACCIDENT. TEL EST, POURSUIVAIT-IL, L'INVRAISEMBLABLE ET SANGlant SACRIFICE QUE CONSENT LIBREMENT AUJOURD'HUI L'HUMANITE AUX FORMES MECANQUES ET PROPULSANTES DE SON BIEN-ETRE.

.../...

ET CE SACRIFICE EST D'AUTANT PLUS PENIBLE A NOS GENERATIONS QUE C'EST LA JEUNESSE QUI EST ICI LA PLUS FREQUENTE VICTIME"

CE QUE NOTRE MAITRE DISAIT ET A REPETE<sup>///</sup> TOUTE SA VIE A PERMIS LA CREATION D'EQUIPES MEDICALES MOBILES POUR VENIR SUR LES LIEUX MEMES DE L'ACCIDENT ENRAYER LES DETRESSES.

PUIS LES POUVOIRS PUBLICS ONT ENGAGE, EN 1969, PUIS ESSENTIELLEMENT A PARTIR DE 1972 UNE ACTION PERMANENTE POUR AMELIORER LA SECURITE ROUTIERE.

S'IL A ETE ENTENDU, SI D'ENORMES PROGRES ONT ETE REALISES, IL RESTE CEPENDANT ENCORE BEAUCOUP A FAIRE ET NOTRE ROLE A NOUS, HERITIERS DE SON OEUVRE, C'EST DE LA PROLONGER ET DE L'AGRANDIR.

#### L'AIDER :

CAR DANS SON OUVRAGE "LES BLESSES DE LA ROUTE" PARU EN 1961 IL EXPRIME EN CITANT DES PROPOS TENUS LORS D'UN CONGRES A PARIS EN 1960 ORGANISE PAR LA FEDERATION INTERNATIONALE AUTOMOBILE LA PRIORITE DE L'ACTION :

"IL FAUT CONSTATER CE FAIT DOULOUREUX, INCOMPREHENSIBLE EN 1960, EPOQUE DE PROGRES DANS L'ASSISTANCE MEDICALE EN GENERAL : L'ASSISTANCE DE PREMIER SECOURS DANS LES ACCIDENTS DE LA ROUTE EST EN RETARD DE PLUSIEURS DIZAINES D'ANNEES....

TOUS LES USAGERS DE LA ROUTE DEVRAIENT SAVOIR QU'UN BLESSE GRAVE MEURT SUR PLACE AVANT QUE DES MEDECINS OU INFIRMIERS COMPETENTS SOIENT AUPRES DE LUI, ESSENTIELLEMENT :

.../...

1° PAR SUFFOCATION DUE A L'OCCLUSION DES VOIES RESPIRATOIRES (VOMISSEMENTS, SANG, PROTHESES DENTAIRES), CE QUI ARRIVE DANS LES TRAUMATISMES CRANIENS AVEC PERTE DE CONSCIENCE ET ABOLITION DES REFLEXES. IL SUFFIT SOUVENT DE RETIRER UN DENTIER, SOULEVER UNE MANDIBULE ET LA LANGUE POUR SAUVER UNE VIE...

2° PAR SHOCK OU PAR COLLAPSUS TRAUMATIQUE

3° PAR HEMORRAGIE...

IL SUFFIT DE PEU DE NOTION POUR QUE N'IMPORTE QUI PUISSE APPORTER UN PREMIER SECOURS SUFFISANT DANS L'ATTENTE DE L'AMBULANCE"

*Nous sommes en 1986 ! On voit rêver -*

ET CE VOEU DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE LE 3 JUILLET 1959 :

"L'ACADEMIE DE CHIRURGIE EMET LE VOEU QU'AFIN DE MESURER LE CONCOURS RATIONNEL ET EFFICACE DU PUBLIC EN CAS D'ACCIDENT DE LA ROUTE, UNE PROPAGANDE BIEN CONDUITE FASSE SON EDUCATION AFIN DE LUI ENSEIGNER LES REGLES ELEMENTAIRES DE SECOURISME..." *Nous en sommes là aujourd'hui l'oeuvre est inachevée...*  
C'EST SUR LA PARTICIPATION DU GRAND PUBLIC QUE NOUS AVONS TROP LONGTEMPS TRAINÉ EN FRANCE ET NOUS ESPERONS QUE NOTRE APPEL LANCÉ HIER A L'HOTEL DE VILLE DE LEERS SERA ENTENDU AFIN QUE TOUS, ELUS, MEDECIN ou SECOURISTES OEUVRIONS ENSEMBLE POUR FAIRE ABOUTIR CE QUI N'EST EN REALITE QUE LE PROLONGEMENT NATUREL DE L'OEUVRE DU PROFESSEUR ARNAUD LES "5 GESTES QUI SAUVENT" CONCEPT SPECIALEMENT ELABORE A DESTINATION DU GRAND PUBLIC ET POUR LEQUEL IL AVAIT DONNE SON APPUIE  
.../...

Can les "5 gestes" c'est lui - Us le  
ET SES CONSEILS. <sup>2002</sup> il a tout vécu, tout dit, tout  
fait, tout enseigné - No' d'après, pas à chéver l'œuvre

LE 18 AOUT DE L'ANNEE PROCHAINE IL Y AURA 10 ANS DEJA  
QU'IL NOUS A QUITTES MAIS IL DEMEURE PRESENT DANS NOS  
ESPRITS ET DANS NOS COEURS, LES MULTIPLES TEMOIGNAGES  
RECUS DE FRANCE SONT LA POUR LE RAPPELER.

LEERS JE LE PENSE ET ROUBAIX PROBABLEMENT, DONNERONT  
A UNE DE LEURS RUES LE NOM DE NOTRE AMI QUI A TANT  
FAIT ET QUI, POUR NOUS, NOUS A LAISSE UN MESSAGE  
QUE NOUS TRANSMETTRONS ENSUITE A D'AUTRES.

LE 18 AOUT 1987 NOUS NOUS RETROUVERONS A MARSEILLE  
OU IL REPOSE AFIN DE LUI RENDRE UN HOMMAGE NATIONAL  
ET DEPOSERONS SUR SA TOMBE - EN ACCORD AVEC SA FILLE -  
UNE PLAQUE DU SOUVENIR DONT L'ASAR PREND EN VOTRE  
NOM L'INITIATIVE.

UNE SOUSCRIPTION SERA OUVERTE AFIN DE PERMETTRE A TOUS  
CEUX QUI LE VEULENT D'Y PARTICIPER.

AINSI, FIERS D'AVOIR DANS LES 4 COMMUNES ON NOUS  
OEUVRONS EN PERMANENCE POUR LE SECOURISME UNE RUE  
PORTANT LE NOM DU PROFESSEUR ARNAUD, ET DE RASSEMBLER  
EN CETTE CIRCONSTANCE A MARSEILLE TOUS CEUX QUI L'ONT  
CONNU, AIDE, ADMIRE ET AIME, NOUS AURONS FAIT NOTRE  
DEVOIR D'HOMME ET DE SECOURISTE QUI CONSISTE A

RAPPELER A CEUX QUI NOUS SUIVENT OU NOUS SUIVRONT  
QU'UN HOMME, MARCEL ARNAUD, LEUR A OFFERT PRATIQUEMENT  
SA VIE POUR QUE NUL NE MEURE SUR NOS ROUTES, SANS  
ASSISTANCE DES PREMIERS TEMOINS <sup>de secours compétents,</sup> SANS ASSISTANCE

~~DE SECOURS~~ MEDICALE appropriée, sans, sur, du  
bord de la route à l'hôpital lui-même.  
le "Séné de la route" grave ait une chance de survie.

Faisons le maximum

Par une lettre du 5.10.1996, je remerciais le  
Docteur SOUBIRAN pour ces heures exceptionnelles.

Nous avons reçu, comme l'année précédente, de  
multiples témoignages qu'il est impossible de  
citer en totalité.

Citons simplement, M. GROSCLAUDE, sous-préfet,  
qui fut en charge du bureau du Secourisme et  
des associations à la Direction de la Sécurité  
Civile.

M. Léon ROBINE, son prédécesseur, qui tentera  
d'obtenir à Saint-Brieuc une rue "Marcel ARNAUD".

Le Professeur Pierre JOLIS, proche de Marcel  
ARNAUD parlant de "son Maître" et le toujours  
émouvant témoignage du Médecin-Colonel Charles  
PRIM qui, avec quelques autres, a fait cette  
petite équipe autour du Professeur ARNAUD comme  
le démontre la photo de lère page (de P.C.S.I)  
en disant "mon cher Maître" - "que j'admirais  
et que je chérissais".

Des paroles qui font bouger quelque chose en  
nous, de ses vrais et fidèles disciples.

Et de nombreux articles parurent dans la presse  
spécialisée (Revue du Secours Routier Français,  
Allo 18 de la B.S.P.P, dans le "quotidien du  
médecin" ou le journal "tonus", dans la revue  
des moniteurs de Secourisme (ANIMS) et, à nou-  
veau, d'une manière très superficielle dans  
la revue des SAMU.

Le 5 octobre 1986

Monsieur le Docteur A. SOUBIRAN,  
Président de l'Automobile-Club  
Médical de France,  
74 Avenue Kléber,  
75116 PARIS

Mon Cher Président,

Grâce à vous, à votre amabilité, votre gentillesse et votre Personnalité si riche et attachante, nous avons honoré la mémoire de Marcel ARNAUD et nos Secouristes comme jamais nous n'avions pu le faire jusqu'à présent. Il s'agit là, pour moi qui pratique le Secourisme depuis 1965 des plus beaux et exaltants moments que j'ai pu vivre et je tiens à vous en exprimer toute ma gratitude.

Je me fais l'interprète de tous nos Amis qui m'ont dit combien ils ont été impressionnés et honorés par votre présence que nous n'oublierons jamais, je crois que maintenant vous le savez.

Comme promis, vous trouverez sous ce pli le télégramme d'Alain LARCAN qui connaît bien les "5 gestes" car il était présent à une réunion de la Commission Nationale du Secourisme à PARIS au Ministère de l'Intérieur où je les avais rappelés et défendus, fort que j'étais en moi-même des ressources de mon Maître qu'il m'a insufflé durant des années et qui ne me quitteront jamais.

Vous trouverez également photocopies des derniers courriers reçus, essentiellement des excuses et les photocopies et originaux également des articles de Presse parus dans les deux journaux (La Voix du Nord et Nord-Eclair) relatant la réception de Leers et la cérémonie d'Hem.

Je ne manque pas de vous remettre une belle photo couleur obtenue hier de mon Ami Patrick GRESSET qui recevait à la Mairie de Wattrelos pour l'ASAR le Prix Social 1986 (2500 F) d'une confrérie, pour notre action humanitaire à Mexico et le dévouement de l'ASAR envers la collectivité. Je la trouve splendide et elle vous laissera un beau souvenir de cette belle journée en l'Honneur de Notre Ami.

.../...

.../...

Les photos vous seront adressées un peu plus tard. Les noirs et blancs des journaux locaux puis les couleurs reproduites d'après les diapositives.

Encore merci pour tous ces mots que vous avez eu à l'égard de Marcel ARNAUD, celui qui a tout fait, et à notre rencontre ainsi que pour les "5 gestes" - les siens - donc les nôtres et les vôtres et je sais que vous en parlerez dans votre revue en relatant cette journée historique.

Vives  
Amitiés,



PS : photocopies de mes interventions à Leers et Hem  
comme vous me l'aviez demandées.

- + télégramme du Pr LARUAN
- ph. mot ou lettres : Colonel Grégy, Fr. Moreno, B. Carbon,  
R. Hautz, S. Gusselande, Jc Boro, Jc Verdun.
- articles presse / originaux et 1 photocopie  
Leers et Hem (NE & UN)
- photo-carte de P. Grenet à Hem (me)
- + ph. art NE. 7.10.85 : CASAR reçu à l'Élysée.

BEAUNE, le 23 septembre 1986

Référence : 750

Monsieur le Président,

J'ai été particulièrement sensible à l'invitation que vous avez eu l'amabilité de me faire parvenir dans la perspective de l'inauguration de la rue "Professeur Marcel Arnaud" qui se déroulera le dimanche 28 septembre 1986, à l'initiative de l'Association des Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX.

Comme vous le savez, c'est bien volontiers que j'aurais pris part à cette manifestation organisée en hommage solennel au Professeur Marcel Arnaud dont nous conservons tous, avec beaucoup d'émotion, le souvenir d'un Maître d'une exceptionnelle qualité humaine.

Malencontreusement retenu par des obligations personnelles, il ne me sera pas possible, et je le regrette vivement, d'être auprès de vous en cette circonstance.

Permettez-moi de mettre ce courrier à profit pour vous féliciter de la vitalité de votre association et de son efficacité en matière de sensibilisation du public et de formation des secouristes.

Monsieur le Président, *avec toutes mes excuses, je vous prie de croire, à l'assurance de ma considération distinguée.*

*Bien cordialement à tous*



Serge GROSCLAUDE

Monsieur Didier BURGGRAEVE  
Président-Fondateur de l'Association  
des Secouristes de l'Agglomération  
de ROUBAIX

59390 LYS-LEZ-LANNOY

~~M<sup>me</sup>~~ M. LÉON ROBINE \* ④

a bien reçu votre aimable  
carte et vous remercie vivement  
d'avoir pensé à l'inviter à  
l'occasion de cette cérémonie  
consacrée à la mémoire de  
Monsieur le Professeur Bernard

~~M<sup>me</sup>~~ M. LÉON ROBINE \* ④

Merci de votre envoi - Soyez  
certain que j'en suis touché et  
que je m'efforcerai d'obtenir  
une décision favorable du Conseil municipal  
de Saint-Brieuc.  
Je transmettrai vos amitiés  
à M. Guéno

38, RUE DESCARTES  
22000 SAINT-BRIEUC  
TÉL. 61.21.75

Bien à Vous

④ Docteur Pierre JOLIS

Professeur à la Faculté Xavier Bichat - Université Paris 7  
Chef du Département d'Anesthésie - Réanimation  
des Hôpitaux Beaujon - Louis Mourier

Mme Denise Burggraens de  
bien vouloir l'excuser de ne  
pas pouvoir assister à la

☎ (1) 47 39 33 40  
poste 39.09

Hôpital Beaujon  
100, Boulevard Général Leclerc - 92110 CLICHY

à l'honneur de l'honneur  
de son Docteur le Professeur Bernard

meilleure souvenir, veuillez agréer, Monsieur le Président  
fondateur de l'ASAR, l'expression de mes salutations  
les plus amicales.

3.9.76



LE COLONEL CHARLES PRIM \*

MEDECIN-CHEF DU SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DU VAR  
CONSEILLER TECHNIQUE MEDICAL DE LA DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE  
MINISTERE DE L'INTERIEUR  
ANIMATEUR DE LA COMMISSION MEDICALE DE LA FEDERATION NATIONALE  
DES SAPEURS-POMPIERS

vous remercie infiniment pour votre invitation  
à Hém le 28 Septembre lors de l'Homage  
Blennel qui sera rendu, grâce à votre excellente  
initiative, par le docteur Subiran à ses  
chers Maîtres le professeur Marcel Annaud que

CENTRE JACQUES-VION LE FOURNAS 83300 DRAGUIGNAN

TÉL. (05-94) 68.15.26

l'adminis et que je cherchais, compte tenu de  
l'œuvre fructifère qu'il avait accomplie et  
qui a fructifié au bénéfice des accidentés de  
la route. Bien au delà de sa mort on ne peut  
plus regretter grâce à ses disciples dont vous  
êtes.

Nul mieux que mon confrère le docteur  
Subiran pourra faire revivre sa mémoire !

Mais, hélas, compte tenu de mes obligations  
professionnelles depuis très longue date à  
la date envisagée, je ne pouvais être des vôtres à  
Hém. Je vous prie de bien vouloir faire ces deux  
fronnières qui lui furent consacrées la  
meilleure reuilite.

Avec mes plus vifs reuillements et mes

## A.S.A.R.



A l'initiative de Didier Burggraeve, le très actif Président de l'A.S.A.R. (Association des Secouristes de l'Agglomération de Roubaix) et en présence du Docteur André Soubiran, Président de l'Automobile Club Médical de France, le nom du Professeur Marcel Arnaud a été donné à une rue pour la deuxième fois en France.

La cérémonie d'inauguration s'est déroulée le 28 septembre dernier sur la commune d'Hem (Nord).

C'est un juste hommage ainsi rendu au père de la traumatologie routière par les personnalités présentes à « L'Apôtre du Secourisme Routier ».

Rappelons que le Professeur Marcel Arnaud était le Président de la Commission Médicale du Secours Routier Français, jusqu'à son décès en 1977. Sa vie et son action inlassable dans le domaine du secours aux blessés dans les accidents de la route ont été parfaitement décrites par le Professeur SERRE (Cf. LA ROUTE n° 12 - Janvier 1987).

Le Secours Routier Français était représenté par Jean-Pierre LUCOT, Directeur Général Adjoint.

A cette occasion, la médaille de l'Automobile Club a été remise à Didier BURGGRAEVE, par le Docteur SOUBIRAN.



## HOMMAGE A MARCEL ARNAUD LE PÈRE DU SECOURISME ROUTIER

L'Automobile-Club Médical de France (ACMF), (président: Dr André Soubiran) et l'Association des secouristes de l'agglomération de Roubaix (ASAR) (président: D. Burggraeve) n'ont pu que marcher la main dans la main pour honorer, les 27 et 28 septembre dernier, la mémoire du neurochirurgien Marcel Arnaud, fondateur en 1959, des Assises sur les accidents de la route de l'ACMF et créateur du secourisme routier.

Ces deux journées des Assises 1986 ont été consacrées à la projection et au commentaire du film de TFI sur les « cinq gestes qui sauvent », à la présentation du matériel ayant servi à l'ASAR pour son intervention lors du tremblement de terre de Mexico, aux démonstrations de nouveaux matériels de sauvetage par l'état-major médical des sapeurs pompiers de Lille, à la caserne Bouvines.

Mais, à cette partie technique, s'est ajoutée le 28 septembre, un hommage public: une « rue du professeur Arnaud » a été inaugurée à HEM, près de Roubaix.

En dévoilant la plaque, le Dr Soubiran a rappelé que les apôtres se révèlent souvent des prophètes: aidé de ses élèves marseillais directs, Paul Bourret, Robert Vigouroux... — dès 1957 — Marcel Arnaud a créé — ou prévu — la chaîne des prompts secours allant du témoin de l'accident désormais mieux informé des premiers gestes à faire — ou du véritable secouriste — au chirurgien traumatologue, en passant par l'alerte téléphonique ou radio et par le réanimateur du SMUR ou du SAMU.

\* Marcel Arnaud, né en 1896 est décédé en 1977.

## INFO-SERVICE

### Hommage au Professeur Arnaud



En 1977, mourait le Professeur Marcel Arnaud. Ce nom ne vous dit peut-être rien, pourtant son œuvre, ses idées, son opiniâtreté permirent une prise de conscience par l'ensemble du corps médical du problème des polytraumatisés suite aux accidents de la route. Se consacrant tout d'abord à la neuro-chirurgie, domaine dans lequel il fut l'un des plus grands spécialistes français de l'époque, il fut sensibilisé aux problèmes des accidents de circulation à la suite d'une grave collision dont il fut témoin. Dès ce



moment, il n'eut de cesse de mener jusqu'au bout l'action ô combien humanitaire qui lui tenait à cœur. A terme, celui qui était considéré comme « l'apôtre du secourisme routier » donna l'élan qui permit la création de structures d'interventions établies, comme celle du SAMU.

A l'initiative de M. Didier Burggraeve, Président de l'Association des Secouristes de l'agglomération Roubaissienne, un hommage a été rendu récemment à cet homme au cours d'une cérémonie haute

en couleurs, qui voyait la présence de nombreuses personnalités, dont le célèbre Docteur Soubiran, et de représentants de l'Unité d'Instruction de Sécurité Civile N° 1. Au cours de cette cérémonie, une voie de la commune d'Hem fut inaugurée sous l'appellation du Professeur Arnaud. Noble idée, pour que ce nom ne tombe pas dans l'oubli, mais curieux tout de même de voir que ce témoignage honorable s'applique malheureusement à une impasse...

Secourisme Revue N° 78 - 2<sup>ème</sup> trimestre 87 - page 9

## DES NOUVELLES DES DÉPARTEMENTS...

La revue de l'A.N.I.M.S. n° 70 avait relaté l'inauguration à Lys-lez-Lannoy, le 28 avril 1985, d'une première rue "Professeur Marcel ARNAUD".

La ville d'Hem, près de Roubaix, à la demande de l'ASAR, a suivi cet exemple ; un Hommage tout particulier a été rendu au Professeur ARNAUD les 27 et 28 septembre 1986 à Leers et Hem.

Une nouvelle rue "Pr Marcel Arnaud" a été inaugurée à Hem par le Docteur André SOUBIRAN.

L'an prochain, pour le 10<sup>ème</sup> anniversaire de la disparition de notre Maître, nous préparons l'inauguration d'une rue à Leers et à Roubaix et nous nous rendrons à Marseille le 18 août, date anniversaire de sa disparition.

**Didier Burggraeve**  
Président de l'A.S.A.R.



Roubaix : les Assises sur les accidents de la route 1986

## Traumatologie routière : hommage au Dr Marcel Arnaud

L'Année européenne de la sécurité routière ne pouvait pas se terminer sans que, national ou régional, soit rendu un hommage particulier à la mémoire du Dr Marcel Arnaud (1896-1977), neurochirurgien des Hôpitaux de Marseille qui, à partir du congrès de chirurgie de 1967, a jeté, avec ses élèves directs : Paul Bourret, Robert Vigouroux..., les bases de la traumatologie routière et, deux ans plus tard, en 1959, a créé, en s'appuyant sur l'Automobile-Club médical de France

(ACMF), les Assises nationales sur les accidents de la route.

Déjà, à l'initiative de l'Association des secouristes de l'agglomération de Roubaix (ASAR) et de son président, Didier Burggraefe, le Pr L. Serre, directeur du SAMU de Montpellier, avait traversé la France pour inaugurer, à Lys-lez-Lannoy, une « rue du Professeur-Arnaud ».

En cette année 1986 plus particulièrement vouée à la sécurité routière, un heureux jumelage de l'hommage renouvelé par l'ASAR et des Assises sur les accidents de la route 1986

a permis au Dr A. Soubiran, président de l'ACMF, de dévoiler à Hem, autre commune proche de Roubaix, la plaque d'une deuxième « rue du Professeur Arnaud ».

Lors de ces journées des 27 et 28 septembre 1986, a été projeté le film de TF1 « Les cinq gestes qui sauvent » et a été présenté le matériel utilisé par l'ASAR pour son intervention au moment de la catastrophe de Mexico. A l'état-major des sapeurs-pompiers de Lille, à la caserne Bouvines, le médecin-colonel Poulain a fait une démonstration générale du matériel de sauvetage, allant des



Le Dr Arnaud a jeté les bases de la traumatologie routière et a créé les Assises sur les accidents de la route.

trente-cinq ambulances de secours médicalisé et de la pince pneumatique qui permet la désincarcération du blessé par un découpage des montants et des tôles, sans étincelles, donc sans risque d'incendie, jusqu'au camion-grue capable de soulever ou d'écarter des masses de

quinze tonnes. Des représentants de l'Unité d'instruction de sécurité civile n°1 s'étaient joints aux secouristes et aux médecins pour assister à ces démonstrations particulièrement convaincantes.

Au cours de ces deux journées d'hommage au fondateur de la traumatologie routière, le Dr A. Soubiran a eu maintes occasions d'évoquer la lucidité, la ténacité, l'intuition inventive et l'esprit de synthèse qui ont permis à Marcel Arnaud de mettre, en 1961, dans son ouvrage « les Blessés de la route », le premier publié en France sur un tel sujet, tout ce qui pouvait être dit ou prédit en matière de « polytraumatisés » et de « prompts secours ».

C'est donc, a conclu le Dr Soubiran, grâce à Marcel Arnaud que, dès 1957-1959, « le schéma traditionnel des secours modernes a été fixé », et c'est à lui seul qu'on a le droit d'attribuer ces progrès que constituent « l'alerte, l'antenne de réanimation, la médicalisation des secours, le danger des manipulations multiples et des changements de brancards, les liaisons radio... ».

J.-Cl. CHABRIER

Le Quotidien du Médecin

Vendredi 3 octobre 1986 ● N° 3709 ●

La Revue des SAMU - 1987 - 1 - 27

### HOMMAGE AU PROFESSEUR MARCEL ARNAUD

Précurseur des SAMU et Inventeur du Secourisme Routier, le Professeur Marcel Arnaud a été honoré. Deux rues portent désormais son nom : l'une à Lys Lez Lannoy, près de Roubaix, l'autre à Hem.

## ASSISES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE 1986



Le Dr SOUBIRAN découvrant la plaque de l'« Allée du Professeur Marcel Arnaud » en présence de Mme MASSART, Maire de HEM et de Didier BURGGRAEVE, président de l'A.S.A.R.

# HOMMAGE A MARCEL ARNAUD (1896-1977)

par le Docteur André SOUBIRAN, Président de l'A.C.M.F. (1)

*« J'en ai assez de réclamer pour de hauts esprits  
les miettes d'une renommée qui va si copieusement à  
des hâbleurs » (Jean Rostand)*

**Avant même d'évoquer l'hommage que l'A.C.M.F.  
a voulu rendre, les 27 et 28 septembre 1986,  
à la mémoire de Marcel ARNAUD,  
indiscutable créateur, en 1957,  
de la traumatologie routière et authentique fondateur,  
en 1959, de nos ASSISES NATIONALES  
SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE,  
deux textes doivent être rappelés  
afin d'ôter à ce qui suit toute apparence  
d'agressivité gratuite et de démontrer  
qu'au contraire ces rappels de la vérité restent  
constamment nécessaires  
pour défendre l'œuvre  
d'un grand mort.**

(1) Les lecteurs qui ne sont pas intéressés par la vie de l'A.C.M.F. peuvent sauter cet article qui concerne les intérêts soit moraux, soit matériels de l'association.

Pour les nouveaux membres, je rappelle que le Dr Jean Kearney a été « évincé de l'A.C.M.F. » (c'est sa formule) en 1964. En 1967, il a réclamé, en tant qu'ancien rédacteur en chef de la REVUE AUTOMOBILE MEDICALE une très importante indemnité de « licenciement » que le Comité Directeur de l'A.C.M.F. a estimé, à l'unanimité, devoir refuser.

A partir de cette revendication injustifiée, a commencé avec Jean Kearney une suite de litiges judiciaires dont le Comité Directeur n'a donc pas eu la responsabilité initiale, mais qu'il est obligé de soutenir au nom des intérêts de l'A.C.M.F. (voir R.A.M. n° 259, 300, 309, 311, 312, 314, 317).

Sur des points de conflits divers, un coéquipier de J. Kearney, « évincé » également en 1964, a eu, à l'égard du Comité de l'A.C.M.F., l'objectivité de reconnaître par écrit ses torts, le 4 juillet 1984 voir R.A.M. n° 300, 312, 314).

Les membres désireux d'être pleinement informés peuvent, sur rendez-vous, consulter les dossiers au siège de l'association.

**L**e premier de ces deux textes (voir la note 2), revendique, pour le Dr. « de KEARNEY » – et cela « dès 1952 », c'est-à-dire cinq ans avant Marcel ARNAUD, l'idée des prompts secours « médicalisés » aux blessés de la route.

Quand on sait qu'en 1952 Jean KEARNEY, qui se prétendait « Interne en chirurgie » sans autres précisions de concours et d'hôpital, n'était que modeste stagiaire dépourvu de capacités orthopédiques et, plus encore, traumatologiques, on peut déjà sourire doucement de tant d'inventive précocité.

Même s'il est plus bref que le premier (voir également la note 2), le second texte n'est pas moins risible (3) : continuant à inverser les rôles, le Dr. « de KEARNEY » ose y revendiquer, à la fois, l'idée et la création, « en 1959 », des ASSISES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE pour lesquelles Marcel ARNAUD n'aurait été que son « collaborateur » !

De la fidélité de l'A.C.M.F. à protéger la mémoire du fondateur de ses ASSISES contre les oublieux et, surtout, contre les

usurpateurs, voici donc les plus récents épisodes.

### Ma lettre au Maire de Marseille

En mai 1986, le décès de Gaston DEFFERRE a amené à la tête de la Mairie de Marseille, le Professeur Robert VIGOUROUX, Chef du service de neuro-chirurgie de l'hôpital de La Timone et ancien interne de Marcel ARNAUD à l'époque où celui-ci était neuro-chirurgien des Hôpitaux de Marseille.

Le 28 mai 1968, écrivant sur papier à en-tête de l'A.C.M.F., j'ai adressé au nouveau Maire une lettre dans laquelle, après lui avoir rappelé sa participation, aux ASSISES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE créées par Marcel ARNAUD, en 1959, lors de la séance tenue à Nice en 1960, j'ajoutais :

« De 1957 à 1977, vous savez également combien la vie de M. Marcel ARNAUD a été un apostolat pour lequel il a choisi la part à la fois la plus ingrate et la plus nécessaire : la mise au point et l'enseignement du secourisme routier (4).

« A cet apôtre du secourisme routier, les Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX ont été les premiers, en 1985, à vouloir rendre un hommage public.

« A LYS-LEZ-LANNOY, le 28 avril 1985, une « rue du Professeur ARNAUD » a été inaugurée

par votre collègue montpelliérain, le Professeur Louis SERRE, qui a été élève de Marcel ARNAUD et qui a collaboré à son enseignement du secourisme routier. L'hommage rendu publiquement au Docteur Marcel ARNAUD, en 1985, par les Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX à LYS-LEZ-LANNOY sera recommencé, en septembre 1986, dans une localité voisine (HEM) ».

On devine vers quel vœu tendait ma lettre :

« A 26 années de distance et presque jour pour jour depuis votre communication du 22 mai 1960 aux Assises niçoises de l'A.C.M.F., je me permet donc de vous demander si, après l'hommage rendu à ROUBAIX en 1985, il ne vous paraîtrait pas souhaitable qu'une « rue du Dr. Marcel ARNAUD » vienne, dans sa ville d'adoption (Marcel ARNAUD était d'origine ariégeoise), rendre un hommage public au pionnier qui a consacré la seconde partie de sa vie chirurgicale et ses années de retraite à un apostolat dont mieux que quiconque vous pouvez mesurer le mérite personnel et la portée sociale ».

### Les « Assises du trafic » 1986

Une fois cette requête mise à la poste le 28 mai, j'ai attendu avec sérénité que paraisse un compte rendu des « Assises de Médecine du Trafic » annoncées comme devant se tenir à Marseille les 6 et 7 juin 1986 : quel grandiose hommage la Société Française de Médecine du Trafic, organisatrice – avec le concours de l'Union Nationale des Médecins de Réserve – de ces Assises marseillaises, n'allait-elle pas rendre, dans sa ville même, à l'ancien neuro-chirurgien des Hôpitaux de Mar-

seille, à l'ancien neuro-chirurgien de l'Hôpital Coste à Saïgon pendant la guerre du Vietnam, au père de la traumatologie routière et au fondateur des Assises !

Mon attente a été courte : les « Annales de Médecine du Trafic » ayant fait naufrage, c'est dans « Le Quotidien du Médecin » (N° 3657) du 12 juin 1986 qu'a paru le compte rendu sous le titre : *Accidents du Trafic : les médecins présents à tous les niveaux*.

Faut-il s'étonner que, malgré les innombrables protestations antérieures de l'A.C.M.F., les organisateurs aient numéroté « vingt-septièmes » ces « Assises 1986 de Médecine du Trafic » (5) ? Mais ma stupéfaction a été profonde en constatant qu'une fois de plus et malgré les démonstrations contraires, le Dr. KEARNEY, dit « de KEARNEY » était également dit « fondateur des Assises » : « Les Assises de Marseille ont permis de constater la présence des médecins à chacun des maillons de la chaîne, présence, qui selon la formule du Dr. Jean de (sic) KEARNEY, fondateur (sic) des Assises, va – ou devrait aller – du pied de l'arbre au C.H.U. ».

Ce « Dr. Jean de KEARNEY, fondateur », c'était du KEARNEY tout craché. De même, dans ce superbe : « Du pied de l'arbre au C.H.U. » sur lequel j'aurai à revenir, je reconnaissais son goût des formules aussi creuses que sonores.

Toutefois, en poursuivant la lecture du compte rendu, ma stupeur s'est transformée en consternation : dans sa propre ville, à propos de la traumatologie routière qu'il avait créée et au cours des Assises qu'il avait fondées, pas

(2) Publié dans les ANNALES DE MÉDECINE DES ACCIDENTS ET DU TRAFIC (Directeur-Rédacteur en chef : Jean de (sic) KEARNEY n° 30, 1981, page 16), voici un extrait du premier texte :

« Dès 1952, il (KEARNEY) insistait sur la nécessité de transporter dans les délais les plus courts et les meilleures conditions le blessé, des lieux de l'accident au bloc opératoire [...] »

Alerte, antenne de réanimation, médicalisation des secours, danger des manipulations multiples et des changements de brancards, liaisons radio, le schéma traditionnel des secours modernes était fixé. »

L'étudiant Jean KEARNEY « fixant le schéma des secours modernes » cinq ans avant Marcel ARNAUD, neuro-chirurgien des Hôpitaux, on croit rêver !

Extrait d'une lettre adressée, le 17 avril 1985, par le Dr. « Jean de KEARNEY » au Président de l'Association des Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX, voici le second texte non moins stupéfiant :

« En 1959 (...), j'avais songé à créer (sic) une manifestation annuelle multidisciplinaire et, tout naturellement, j'ai fait appel à Marcel ARNAUD ».

Pour « créer » les Assises, Jean KEARNEY « faisant appel » à Marcel ARNAUD ! Décidément, on aura tout lu...

(3) Devant ces abusives prétentions d'antériorités – pour ne pas dire plus –, j'ai déjà posé la question : « Génial ou risible ? » (R.A.M., n° 318, juin-juillet 1985 : « Qui est le premier qui... ? »).

Faute de réponse, j'ai récidivé dans un second article : (R.A.M., n° 322, janvier 1986 *Touche pas à la vérité-Touche pas à Marce ARNAUD !* Mais tant que je n'aurai pas reçu ces réponses, je mettrai dans le même sac ces prétentions scientifiques et la particule nobiliaire usurpée par le « de KEARNEY » (R.A.M., n° 328 : *Comme les bons comptes, les vrais comtes font les bons amis*), et, penchant nettement pour le « risible », je porterai, tout entière, la création « géniale » au seul crédit de Marcel ARNAUD.

(4) Ma lettre du 28 mai 1986 précisait également au Professeur R. VIGOUROUX :

« Dans votre communication du 22 mai 1960, qui faisait suite à celle du Dr. Marcel ARNAUD sur « l'organisation des secours aux blessés (de la route) », vous avez relevé, en citant M. Marcel ARNAUD, la date essentielle qu'a été, pour la traumatologie routière, l'année 1957, car c'est au Congrès de Chirurgie (de 1957) que M. ARNAUD a attiré l'attention sur la spécificité du polytraumatisé de la route.

(5) Il est vrai que lorsqu'on traîne derrière soi, depuis 1965, plus de vingt années d'adjectifs ordinaux inexacts et, depuis 1967, le dépôt du titre « ASSISES NATIONALES SUR LES ACCIDENTS ET LE TRAFIC » obtenu du très officiel Institut National de la Propriété Industrielle grâce à un « droit d'usage antérieur » totalement imaginaire, il faudrait, pour se désavouer en revenant brusquement à un chiffre plus authentique, un certain courage.



A la caserne des Sapeurs-Pompiers de Lille, après une démonstration de désincarcération, le Médecin-Colonel POULAIN et le Dr J.C-CHABRIER commentent la sécurité apportée par la pince pneumatique - sans étincelles.

une seule fois le nom de Marcel ARNAUD n'apparaissait (6) !

### Ma lettre au Professeur Paul Bourret

En revanche le compte rendu du Quotidien du Médecin faisait - à juste titre - longuement état de l'intervention d'un élève direct de Marcel ARNAUD, le Professeur Paul BOURRET, créateur en 1957, de la « médicalisation » des ambulances à l'Hôpi-

tal de Salon-de-Provence dont il était chirurgien en chef, et, de ce fait, précurseur de nos S.M.U.R.

Par un coup de téléphone du 15 juin au Professeur Paul BOURRET, (7) - dont j'ai confirmé les termes par une lettre du 21 juin -, j'ai eu la très grande joie d'apprendre que le Professeur VIGOUROUX, qui présidait avec autorité ces Assises marseillaises, avait salué de façon chaleureuse, la mémoire de Marcel ARNAUD et que le Professeur BOURRET lui avait fait fi-

dèlement écho au cours de sa propre intervention.

On le devine, le Professeur BOURRET m'a promis d'appuyer auprès du Professeur VIGOUROUX l'idée d'une « rue du Dr. Marcel ARNAUD ».

Ce 15 juin, j'ai raccroché le cœur en fête (8).

Le 6 août 1986, une lettre du Professeur VIGOUROUX, sur papier à en-tête du Maire de Marseille, est venue m'assurer que « le

souhait de l'A.C.M.F. que la Ville de Marseille attribue à une rue le nom du Docteur Marcel ARNAUD » n'était pas perdu de vue.

### Marseille ? Mais, auparavant, Lys-lez-Lannoy et Hem

J'ai déjà raconté (R.A.M. n° 319, septembre 1985 ; n° 322, janvier 1986) - je vient de le redire en citant ma lettre au Professeur R. VIGOUROUX - comment Didier BURG-GRAEVE, élève très proche de Marcel ARNAUD et président de l'Association des Secouristes de l'Agglomération de ROUBAIX (A.S.A.R.), devançant, dès 1985, toute initiative médicale, avait obtenu de la municipalité de LYS-LEZ-LANNOY que le nom du Dr. Marcel ARNAUD soit donné à une voie nouvelle.

En 1986, Didier BURG-GRAEVE a voulu renouveler cet hommage mais en l'étendant sur les deux journées des 27 et 28 septembre, et, avec une spontanéité

(6) Avant de m'étonner de ces inexactitudes et de cette omission auprès du QUOTIDIEN DU MEDECIN, j'ai, par confraternité médico-journalistique, téléphoné à la correspondante marseillaise du journal, signataire du compte rendu.

Par cette dernière, j'ai appris que l'information « Dr. de KEARNEY, fondateur des Assises » lui avait été donnée par le Dr. « de KEARNEY » lui-même et que, si elle n'avait pas mentionné le nom de Marcel ARNAUD, c'était involontairement et, sans doute, parce qu'il avait été prononcé au cours d'une séance à laquelle elle n'avait pas pu assister entièrement.

(7) J'avais bien connu le Professeur Paul BOURRET, de 1959 à 1964, au cours des Assises parisiennes de l'A.C.M.F.

Malgré un silence de plus de vingt ans, je n'ai pas hésité à l'appeler le 15 Juin. Je l'ai retrouvé aussi spontané, dynamique et direct qu'autrefois.

Apparemment heureux de m'entendre, il m'a dit avoir tout ignoré des litiges entre l'A.C.M.F., J. KEARNEY et la Société de Médecine du Trafic - ce qui prouve, en passant, que n'ayant aucune préméditation d'« assassinat social » sur Jean KEARNEY, je n'ai parlé de ces pénibles affaires qu'aux personnes directement intéressées.

(8) Le 15 juin, j'ai posé au Professeur Paul BOURRET ces quatre questions qui me tenaient à cœur :

- *Considérez-vous Marcel ARNAUD comme le pionnier de la chirurgie des accidentés de la route ?*

- *Vous considérez-vous comme le disciple de Marcel ARNAUD ?*

- *Vous a-t-il guidé de ses conseils quand vous êtes devenu Chirurgen de l'Hôpital de Salon-de-Provence et que vous avez « médicalisé » l'ambulance de l'Hôpital ?*

- *Quand les Assises de l'A.C.M.F. ont été fondées en 1959, est-ce Marcel ARNAUD qui vous a demandé de participer à la séance de 1959, consacrée à la relève et au transport des blessés de la route, qu'il présidait ?*

Les quatre réponses ont été : OUI.

qui m'a profondément touché, il m'a offert de succéder au Professeur Louis SERRE pour l'inauguration, à HEM, le 28 septembre 1986, d'une « allée du Professeur Marcel ARNAUD ».

C'est ainsi qu'est venue au Comité de l'A.C.M.F. l'idée de demander au comité de l'A.S.A.R. son accord amical pour que ces deux journées des 27 et 28 septembre 1986, deviennent, dans le cadre de l'Année Européenne de la Sécurité Routière et par un heureux jumelage « médecins-secouristes », les ASSISES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE 1986 pour un plus solennel hommage à la mémoire de notre Maître commun.

### Nos Assises 1986

Le 27 septembre, à l'Hôtel de ville de LEERS, a été projeté le film de TF1 « LES CINQ GESTES QUI SAUVENT » ; puis, en présence du Médecin-Capitaine DUBOIS et du Sergent-Chef DODIN, représentant l'Unité d'Instruction de la Sécurité Civile n° 1, Didier BURGGRAEVE, a montré le matériel de sauvetage utilisé par l'équipe de l'A.S.A.R. lors du tremblement de terre de Mexico en liaison avec l'Unité n° 1.

Sous la conduite du Médecin-Colonel POULAIN, la matinée du 28 septembre a été consacrée à la visite de l'état-major médical et du matériel de sauvetage des sapeurs-pompiers de Lille (9).

### L'Allée du Professeur Marcel Arnaud

C'est dans la seconde partie de cette matinée dont la première avait été d'un très grand intérêt technique qu'à HEM, sous un

pâle soleil qui sentait déjà l'automne, a été coupé le ruban qui barrait la nouvelle rue – plus exactement, entre de paisibles villas, la nouvelle allée – et qu'a été dévoilée la plaque portant, pour la seconde fois en France, en attendant LEERS, ROUBAIX... et MARSEILLE, le nom de Marcel ARNAUD.

A la Salle municipale des Fêtes de HEM (10), Didier BURGGRAEVE, président de l'A.S.A.R. et animateur, depuis 1967, de la Campagne Nationale des « 5 gestes qui sauvent », et notre (bientôt) confrère Philippe LAUWICK, coordinateur national de la Campagne, ont évoqué, devant une assemblée attentive, tout ce que ce secourisme très particulier qu'est le secourisme routier doit au génie créateur et au don d'enseignant de Marcel ARNAUD, foudroyé au cours d'un exercice de secourisme, le 18 août 1977, à 81 ans, par une crise cardiaque.

A mon tour, j'ai souligné combien, dès 1957, il avait fallu à Marcel ARNAUD d'intuition, d'invention, d'ingéniosité, d'esprit de synthèse pour découvrir, puis de ténacité pour imposer en moins de quatre ans – son ouvrage « LES BLESSES DE LA ROUTE » est de 1961 – les notions fondamentales du « polytraumatisé » et des « prompts secours » (11).

Bien entendu, devant ces médecins et ces secouristes roubai-

siens et lillois aussi ignorants que le provençal Paul BOURRET des démêlés parisiens de l'A.C.M.F. avec la Société de Médecine du Trafic et le Dr. « de KEARNEY », je me suis abstenu de tout propos polémique qui n'eut pu qu'être déplacé dans cette manifestation de fidélité reconnaissante et d'amitié.

### Les « Cinq gestes... »

Mais si je me suis tu, lors de ces Assises roubaisiennes, sur la formule « Du pied de l'arbre au C.H.U. », contribution très personnelle du Dr « de KEARNEY » aux Assises marseillaises de Médecine du Trafic, je voudrais souligner, aujourd'hui le faux éclat de cette formule de traumatologiste en chambre, ignorant, semble-t-il, les réalités du bord de la route.

Quoi qu'on fasse pour améliorer l'alerte et les premiers secours, entre l'instant tragique de l'accident et, si prompt soit-elle, l'arrivée du secours médicalisé « au pied de l'arbre », il y aura toujours (sauf quelques heureuses exceptions : médecin ou secouriste breveté, passant sur les lieux) un plus ou moins long intervalle, et, si, autour du blessé, dans ces minutes bien souvent décisives, personne ne sait comment alerter, baliser, ranimer, compresser, sauvegarder, c'est trop souvent un mourant ou un mort que découvre, à son arri-

vée, l'ambulance des pompiers ou du S.M.U.R.

C'est pourquoi, à la formule théorique « Du pied de l'arbre... », je préfère celle des « 5 gestes qui sauvent », plus réaliste. Il faudra donc reparler, ici, de l'indispensable propagande à amplifier autour de ces « 5 gestes » qui ne sont pas du secourisme compliqué, mais quelques très simples notions de *pré-secours* qu'il suffit d'avoir apprises une fois pour savoir les appliquer en cas de besoin (12).

Et si nos deux journées d'ASSISES roubaisiennes suscitent un plus grand intérêt pour cette Campagne Nationale, elles seront un apport particulièrement efficace à l'Année Européenne de la Sécurité Routière qui s'achève, au moins pour la France et pour le mois d'octobre 1986, sur une augmentation particulièrement inquiétante du chiffre des tués (13).

André Soubiran

(12) Le livret des « 5 GESTES QUI SAUVENT » agrée par Marcel ARNAUD, a été conçu par Didier BURGGRAEVE. Il est édité par l'A.S.A.R., 59390, LYS-LEZ-LANNOY, et peut être obtenu gratuitement (adresser une enveloppe timbrée à l'A.S.A.R.).

(13) D'après les statistiques publiées en novembre 1986 par la Direction de la Sécurité et de la Circulation et selon le commentaire qu'en a donné le Délégué Interministériel à la Sécurité routière, la vitesse excessive et le non-respect du port de la ceinture ont joué un rôle important dans cette augmentation du nombre des tués au mois d'octobre 1986. Peut-être le Dr. KEARNEY, « dit de KEARNEY » se souvient-il de cette séance des Assises Nationales sur les Accidents et le Trafic, où la limitation de la vitesse fut mise en accusation et rejetée par un vote prétendument « médical » ?

Peut-être se souvient-il aussi de ce congrès médical dijonnais auquel participait la Société Française de Médecine du Trafic ? La presse « grand public » put publier, le lendemain, que la ceinture de sécurité y avait été comparée à la ceinture de chasteté (R.A.M. n° 238 : Ceinture de sécurité et limitation de vitesse ; n° 264 : Un congrès anti-choc ; n° 266 : La ceinture qui tue ; n° 269, Ceinture qui tue ? Ceinture qui sauve ? Puis-je demander au Docteur « de KEARNEY » ce qu'il pense de ces positions au vu du chiffre des tués du mois d'octobre 1986 ?

(10) Au nom de l'A.S.A.R. et de l'A.C.M.F., je remercie de son appui et de son accueil Madame M.M. MASSART, Maire de HEM, et, pour leur présence le 28 septembre, le Docteur GHYSEL, Député du Nord, qui représente également Monsieur André DILIGENT, Sénateur-Maire de ROUBAIX, dont il est le premier Adjoint, M. Jean-Pierre LUCOT, Directeur Adjoint du Secours Routier Français, le Médecin-Colonel POULAIN, le Docteur MULLER, Président de l'A.D.P.C., les représentants de l'Unité d'Instruction de la Sécurité Civile n° 1, M. FRAISSE, délégué des Secouristes sans frontières.

La gratitude de l'A.S.A.R. et de l'A.C.M.F. va également à Monsieur L. DEMONCHAUX, Maire de LEERS qui, entouré de son Conseil Municipal, nous a reçu, le 27 septembre, dans son Hôtel de ville et nous a laissé espérer, à

LEERS, une « rue du Docteur ARNAUD », espoir que nous a également ouvert, pour ROUBAIX, le Docteur GHYSEL.

(11) Dans le compte rendu des Assises sur les Accidents de la route 1986 publié par le QUOTIDIEN DU MEDECIN (n° 3079 du vendredi 3 octobre 1986), il est bien précisé que c'est grâce à Marcel ARNAUD que, « dès 1957-1959, le schéma traditionnel des secours modernes a été fixé ».

Les élèves et les amis de Marcel ARNAUD remercient LE QUOTIDIEN DU MEDECIN d'avoir donné audience à des antériorités qui, après avoir été bien des fois proclamées, peuvent d'autant moins être contestées qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'un démenti appuyé sur des références bibliographiques ou des témoignages.

(9) Parmi les « nouveautés » présentées, citons la pince-pneumatique qui permet la désincarcération du blessé par un découpage des montants et des tôles de la voiture accidentée sans que se produisent des étincelles – donc sans risque supplémentaire d'incendie ; une démonstration de cette pince a été réalisée et a été particulièrement convaincante.

La conclusion de cet Hommage à Marcel ARNAUD revient au Docteur André SOUBIRAN à travers son texte paru dans la revue de l'A.C.M.F. Il avait tenu à faire coïncider la réunion de Leers et l'Hommage à Hem avec les "Assises sur les accidents de la route" fondées en 1959 avec Marcel ARNAUD.

Dans cet écrit, le Président de l'A.C.M.F met en relief le litige essentiel qui l'oppose au Docteur de KEARNEY (qui revendique de son côté la paternité d'assises relatives aux accidents de la route).

Mais, concernant Marcel ARNAUD, on observe aujourd'hui comment certains l'ont oublié ou oublie (volontairement) de rappeler qu'il a été à l'origine de ce qu'ils font ou disent eux-mêmes maintenant !

Pour ces deux premiers tomes, nous avons précisé le travail accompli par le Professeur Paul BOURRET et le Professeur Louis SERRE, par le Médecin-Colonel Pierre DUFRAISSE et l'aide apportée, notamment par les moyens d'organisation et de publication de l'A.C.M.F, par le Docteur SOUBIRAN afin de l'aider le mieux possible dans sa mission. Nous y reviendrons.

Le tome III sera dédié à Robert DEJOUR, Directeur du Secours Routier Français que Marcel ARNAUD appréciait particulièrement. Il mettra en évidence le rôle de cet organisme, en France, pour améliorer les secours aux accidentés de la route et aussi agir par la prévention.

Les Sapeurs-Pompiers seront à nouveau concernés car la 3ème rue (à Roubaix) fut inaugurée par le Médecin-Colonel HERAUT (des Sapeurs-Pompiers du Pas de Calais) et nous rendrons compte de l'Hommage National du 18.8.1987 à Marseille avec le Maire, le Professeur Robert VIGOUROUX, collaborateur de Marcel ARNAUD et de tous ses disciples : BOURRET, CARA, DUFRAISSE, JOLIS, SERRE, SOUBIRAN et quelques autres non médecins.

Rappelons ici la dédicace du Médecin-Colonel HERAUT, sur le livre de Marcel ARNAUD "Les blessés de la route" à l'issue de l'inauguration de la 3ème rue à Lys lez Lannoy le 28 avril 1985 et l'Hommage rendu à l'hôtel de Ville par Louis SERRE :

"Grand et chaleureux merci pour cette belle journée où j'ai eu l'impression que notre maître était avec nous et sera toujours maintenant à Lys lez Lannoy grâce à son disciple Burggraeve".

Ce tome II a été tiré avec l'aide de l'Automobile-Club Médical de France