

## *Les 5 gestes qui sauvent et les assises sur les accidents et Médecine du trafic*

Les spécialistes de la médecine d'urgence, de la réanimation, de la traumatologie routière ont, en réalité tous redit ce que Marcel ARNAUD avait clamé dès 1957 à un Congrès de chirurgie.

Donnons ici deux exemples qui ne pourront être critiqués ou considérés comme marginaux. Le Professeur Maurice CARA, fondateur du S.A.M.U. de Paris écrit un article intitulé « Conduite à tenir sur le lieu de l'accident - prévention des complications » publié dans les « Annales de médecine du trafic » - n° 22 - de décembre 1979 . Il dit ceci :  
« Au niveau du grand public ... c'est l'enseignement du Secourisme qui rappelle les règles fondamentales de conduite. Il faut « Protéger, Alerter, Secourir ».

Et pour secourir il précise : Maintenir la rectitude de la colonne vertébrale lors du dégagement (rôle des sapeurs-pompiers), assurer la liberté des voies aériennes, bouche à bouche et compression des points de saignement (grand public).

Et le Professeur CARA insiste sur l'alerte et surtout sur la notion « de temps léthal 50 » c'est à dire le temps durant lequel sans secours, il y aura 50% de mortalité des accidentés de la route. Pour faire échec de ce « temps léthal », il faut appliquer ce que nous disons depuis 30 ans et Marcel ARNAUD avant tout le monde : Apprendre au public les gestes qui sauvent ».

L'autre exemple est celui du Docteur André SOUBIRAN, Président de l'automobile-club Médical de France.

Le Docteur SOUBIRAN a l'avantage de pouvoir faire le lien entre le Professeur Marcel ARNAUD qu'il a aidé comme il le rappelle dans son introduction en créant avec l'A.C.M.F. en 1959 les « Assises Nationales sur les accidents de la route » et les 5 gestes qui sauvent en consacrant à ce projet le thème des assises 1987 à Paris.

Ainsi il a pu être rappelé la conduite à tenir par tout usager de la route détenteur d'un permis de conduire : 1) Alerter - baliser - 2) N'agir sur les blessés qu'en cas de détresse soit les 3 urgences vitales pour lui.

Le témoignage de Marcel ARNAUD sur cette route menant à Aix-en-Provence rappelle cruellement que toujours aujourd'hui de nombreux accidentés de la route meurent en l'absence d'un de ces gestes essentiels !

Autres assises organisées par la Société française de Médecine du trafic on remarque au cours des 13<sup>ème</sup> assises Nationales des interventions des Professeurs ARNAUD, CARA, BOURRET .. c'était en 1971 !

En conclusion, depuis Marcel ARNAUD puis ensuite régulièrement jusqu'à ce jour, les médecins spécialistes de l'urgence ont insisté sur la formation du grand public aux premiers gestes face aux accidentés de la route. Mais on voit bien à la lecture du compte-rendu de 1971 qu'ils ont de multiples autres préoccupations. L'essentiel est qu'ils approuvent la démarche.



# **AUTOMOBILE CLUB MEDICAL DE FRANCE/ACMF SECOURS ASSISTANCE**

association  
sans but lucratif  
(loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901)  
**74, avenue Kléber  
75116 PARIS  
Tél. (1) 47.04.31.30**

## ASSISES NATIONALES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

### Campagne Nationale des "5 Gestes qui Sauvent"

#### CONFERENCE de PRESSE - PARIS

A.S.A.R. - A.C.M.F.

Mercredi 20 Mai 1987

#### Déroulement de la Réunion :

- Accueil des personnalités et des Journalistes - Introduction - par le Docteur André SOUBIRAN - Président de l'A.C.M.F. et des Assises.
- Mortalité routière - Causes des décès - Nécessité d'une intervention immédiate des premiers témoins sur place par Philippe LAUWICK - Coordinateur national de la Campagne.
- Le concept des "5 gestes qui sauvent".  
Pourquoi les apprendre aux usagers de la route pour l'obtention du permis de conduire par Didier BURGGRAEVE - Créateur et animateur de la Campagne, Président de l'A.S.A.R.

.../...

A - ALERTER

LES SECOURS

MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE

. DIAPOSITIVES SUR LES "5 GESTES"

BALISER

LES LIEUX ET

PROTÉGER LES VICTIMES

. TRIANGLE DE PRÉSIGNALISATION

par Didier BURGGRAEVE

B - RANIMER

EN VENTILANT PAR

BOUCHE À NEZ OU  
BOUCHE À BOUCHE

COMPRIMER

TOUTE HÉMORRAGIE

. MANNEQUIN D'ENTRAÎNEMENT

. PANSEMENT COMPRESSIF

SAUVEGARDER

EN PLACANT LE BLESSÉ  
INCONSCIENT SUR LE CÔTÉ

. FILMS VIDÉO TF1 ET A2

RAPPEL DU CONCEPT

. CONDUITE SIMPLE :  
ALERTER-BALISER-ATTENDRE

. EN CAS DE DÉTRESSE :  
3 INTERVENTIONS POSSIBLES

par Philippe LAUWICK

C - LA CAMPAGNE SUR LE TERRAIN

QUESTIONS ET DEBAT

. BROCHURES - FORMATION  
PRESSE - RADIO - TÉLÉ

. PARLEMENTAIRES - POUVOIRS PUBLICS

par D. BURGGRAEVE, Ph. LAUWICK

et les Délégués.

I

INTRODUCTION

Par le Docteur André SOUBIRAN,

Président de l'A.C.M.F.

et des

"Assises Nationales sur les Accidents de la Route".

Il est des phrases démagogiques qui font toujours leur effet dans un congrès de médecine routière. "Du pied de l'arbre au SAMU" fait partie de celles-là, mais elle ne peut être énoncée que par un traumatologue "en chambre", de ceux qui attendent dans leur service hospitalier qu'on leur apporte le blessé mais qui n'ont jamais ramassé eux-mêmes, au bord de la route, la victime d'un accident.

Qu'on me permette donc, pour mieux me faire comprendre et pour évoquer, en même temps, la mémoire d'un grand bienfaiteur, de résumer une "observation" médicale vieille, maintenant, de plus de trente ans : elle a été le point de départ aussi bien de la traumatologie routière que du secourisme routier. Voici cette "observation" *princeps* d'une valeur historique :

Vers 1955, au bord de la Nationale 7, à 18 kilomètres d'Aix-en-Provence, un neuro-chirurgien des Hôpitaux de Marseille est paisiblement en train de déjeuner à la terrasse d'un petit restaurant. A peu de distance, la route bifurque, et une voiture lancée à grande vitesse renverse un jeune cyclo-motoriste. Le neuro-chirurgien se précipite. Le choc a été d'une extrême violence : Le corps est disloqué ; la joue, la tempe et l'oeil droits sont béants ; de la matière cérébrale sort de la plaie ; du sang coule des narines ; aucune artère ne bat ; le coeur est inaudible ; la victime ne respire plus.

D'accord avec un autre médecin de passage, le neuro-chirurgien estime qu'il n'a plus à ses pieds qu'un cadavre. En attendant l'arrivée des gendarmes, il se contente donc d'éponger le sang et de remettre en forme le corps, puis il va examiner la voiture tamponneuse ; le capot embouti, les phares brisés, du sang et de la matière cérébrale jusque sur le pare-brise attestent la violence mortelle du choc.

Et, pourtant, lorsque les gendarmes arrivent au bout d'un quart d'heure pour le constat et que le neuro-chirurgien revient avec eux vers le "cadavre", à sa stupeur, il le retrouve moins livide, et même quelques bulles d'air se mêlent, par instant, au filet de sang qui coule toujours de ses lèvres. Une voiture ambulance est aussitôt appelée.

Bien sûr il était trop tard, mais, pour le Docteur Marcel ARNAUD, témoin de cet accident, la leçon ne fut pas perdue. Lui qui ne voyait habituellement le blessé que dans un lit de son service ou sur la table d'opération, il venait de comprendre, d'une

.../...

façon générale, que "si l'on ne fait pas attention, on va :

- "- relever un blessé,
- "- transporter un agonisant,
- "- hospitaliser un mort."

Si j'ai évoqué l'"observation" de ce "cadavre" qui ne l'était pas tout à fait et si je place entre guillemets cet axiome fondamental de la traumatologie routière, c'est parce que ces deux textes de Marcel ARNAUD ont été le départ d'une doctrine coordonnée d'assistance aux blessés de la route et d'un secourisme qui leur soit adapté.

Au Congrès Français de Chirurgie de 1957 , - il y a donc exactement trente ans -, le Docteur Marcel ARNAUD, neuro-chirurgien des Hôpitaux de Marseille, demandait solennellement à ses collègues de se pencher sur ces blessés d'un type très particulier que sont les blessés de la route, et c'est ainsi que s'est précisée la notion du polytraumatisé.

Mais , déjà, un élève direct de Marcel ARNAUD, le Professeur Agrégé Paul BOURRET avait reconnu la cruelle vérité de l'axiome : "Si l'on ne fait pas attention, on va relever un blessé, transporter un agonisant, hospitaliser un mort". Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Salon-de-Provence, il a eu, le premier, l'idée, devenue, depuis, universelle, de "médicaliser" les ambulances de son hôpital, c'est à dire d'envoyer vers le lieu même de l'accident un personnel médical capable de donner sur place, puis sur le trajet du retour, les soins de première urgence au blessé.

Ainsi, dès 1957, et grâce à l'intelligence novatrice de Marcel ARNAUD et de son élève Paul BOURRET , le schéma de nos futurs SAMU et SMUR a été tracé.

Mais, très vite, Marcel ARNAUD s'est aperçu que l'on trouverait aisément des chirurgiens compétents pour se spécialiser dans la difficile traumatologie routière mais qu'en revanche, malgré la formule "**Du pied de l'arbre au SAMU**", il resterait toujours un temps vide, celui qui s'écoule "**au pied de l'arbre**" entre la seconde même de l'accident et l'arrivée, si prompte soit-elle, des premiers secours "médicalisés".

C'est alors que, laissant à d'autres le prestige, - et même la gloire - des communications sur la traumatologie routière et les fastes des grands congrès chirurgicaux, Marcel ARNAUD , toujours hanté par le souvenir du "cadavre" de la Nationale 7, s'est voué à une tâche apparemment beaucoup plus humble mais que l'expérience lui avait révélée non moins nécessaire : le **secourisme routier**.

Marcel ARNAUD est mort il y a dix ans, le 18 Aout 1977, foudroyé par une crise cardiaque au cours d'un exercice de secourisme routier, et la reconnaissance me fait souligner que, trois mois plus tôt, il avait présidé une séance de nos "Assises sur les Accidents de la Route" qu'en 1959 il avait incité et aidé l'Automobile-Club Médical à fonder.

C'est dans le **Précis de Secourisme routier** publié en 1973 par Marcel ARNAUD que j'ai pris l'"observation" - *princeps* dont je vous ai fait le résumé. Mais l'actuel **Manuel de Secourisme Routier**, agréé par le Ministère de l'Intérieur, a conservé cette "observation" décisive en la faisant précéder de ce même commentaire : "Il est, indispensable que le public connaisse "**les gestes qui sauvent**" et "**ceux qui tuent**".

.../...

Nous voici donc placés devant cette réalité brutale : d'une part, des SAMU de mieux en mieux répartis sur le territoire, dotés de personnel compétent et de matériel performant, des SMUR de plus en plus mobiles, des bornes d'appel que le Secours Routier Français entretient avec vigilance sur tous les grands axes et, d'autre part, quelle que soit la densité du réseau d'alerte, quelle que soit la rapidité du prompt secours, la persistance de ce laps de temps où le blessé de la route reste seul ou face à quelque Bon Samaritain, dévoué certes, mais qui n'a, malgré sa bonne volonté, aucune notion de ce qu'il doit faire - il faudrait à cet accidenté une chance exceptionnelle pour que passe, à cet instant, un médecin ou un secouriste qualifié.

Ce temps creux, ce "temps mort" - qui devient trop souvent un temps d'aggravation et parfois même un véritable temps "de mort", Marcel ARNAUD en avait eu la notion aigüe, il y a plus de trente ans, sur la route d'Aix-en-Provence.

Depuis, nous venons de le voir, d'immense progrès ont été faits. Mais le délai d'attente avant l'arrivée du prompt secours "au pied de l'arbre" devient de plus en plus incompressible - il ne pourra jamais, quoiqu'on fasse, être réduit à zéro.

C'est la raison pour laquelle un élève direct de Marcel ARNAUD, Didier BURGGRAEVE, et un jeune interne en Médecine, Philippe LAUWICK, s'appuyant sur leur expérience secouriste - ils étaient à Mexico, ils sont allés à Zeebrugge -, ont lancé cette CAMPAGNE NATIONALE DES "5 GESTES QUI SAUVENT"

Ces "5 gestes qui sauvent" ont été longuement médités, longuement mis au point afin qu'ils constituent réellement une sorte de "pré-secourisme de masse", à la portée de tous, facile à apprendre, facile à retenir et facile à appliquer le moment venu.

Je laisse donc à Didier BURGGRAEVE et à Philippe LAUWICK le soin de vous exposer ces "5 gestes" et de vous en faire la démonstration - vous verrez que si l'on peut, désormais, faire l'apprentissage de la conduite automobile en huit jours, il suffit de quelques heures pour apprendre à alerter, à baliser et, si l'état du blessé l'exige, à le sauvegarder en attendant les secours, - or, d'après une récente Table Ronde réunissant les meilleurs spécialistes français des secours routiers, 1500 vies humaines pourraient être ainsi sauvées chaque année.

Mais, je le répète, Didier BURGGRAEVE et Philippe LAUWICK, forts de leur expérience, de leur compétence et de leur conviction sont plus qualifiés que moi pour faire de chacun de vous un propagandiste des "gestes qui sauvent".

Laissez-moi simplement vous dire que, pour commémorer le trentième anniversaire de ce Congrès français de Chirurgie de 1957 où Marcel ARNAUD a donné le branle à la traumatologie routière, pour commémorer le dixième anniversaire de la mort de Marcel ARNAUD, créateur et apôtre du secourisme routier, il a paru nécessaire, pour nos ASSISES NATIONALES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE fondées en 1959 par Marcel ARNAUD, de soutenir, en 1987, cette Campagne des "5 gestes qui sauvent" dont Marcel ARNAUD est également le père.

Les membres de l'Automobile-Club Médical de France, tous professionnels de la santé, constituent, certes, un premier réseau qualifié pour propager cette Campagne.

Mais, qu'elle soit "médicale" ou "grand public", seule la Presse, avec son immense pouvoir de résonance, est capable de donner leur pleine diffusion à ces "5 gestes",

.../...



afin que nous ne restions pas, en ce domaine, une des "lanternes rouges" de l'Europe.

C'est pourquoi, avant de donner la parole à Didier BURGGRAEVE et à Philippe LAUWICK, je vous remercie de votre présence et, puisque, un jour ou l'autre, n'importe lequel d'entre nous est susceptible d'avoir un accident de la route, je confie à votre vigilance cette indispensable Campagne de salut public et ces 1500 morts inutiles que quelques gestes pourraient économiser chaque année.

#### OBSERVATION (M. Marcel Arnaud)

Sur la R.N. 7 à 18 kilomètres d'Aix-en-Provence, j'étais attablé en plein midi à un petit restaurant routier ; devant moi, une voiture automobile empruntait à grande vitesse une route bifurcante quand débouchait un jeune et placide cyclomotoriste.

... Un choc violent, un choc dont le craquement particulier a résonné longtemps à mes oreilles, et l'adolescent, projeté à quatre mètres en l'air, retombait disloqué dans un de ces fossés secs bordés de grosses pierres comme il y en a beaucoup en Provence. Cela se passe à mes pieds. La victime est recroquevillée, la face vers le ciel, tronc et bassin tordus sur leur axe ; à la figure, la joue, la tempe et l'œil sont béants à droite, et par leur vaste plaie sort du cerveau, tandis que du sang noir s'écoule en bavant ; un même écoulement noir filtre des narines et coule de la bouche. Un fragment du fémur gauche pointe par une brèche du pantalon.

Le corps est livide, la victime est sans souffle ; on ne trouve aucun battement d'artères ni aux artères carotides ou fémorales ni au pouls radial ; le cœur n'a plus de battements audibles. En plein accord avec un autre médecin qui était à mes côtés, témoin comme moi de cet accident, et qui avait donc aussi pensé porter un immédiat secours, nous décidons que la victime est morte et qu'elle est tuée sur le coup. J'épongeai donc les écoulements de cerveau et de sang grâce à des serviettes mouillées prêtées par le restaurant routier ; je remis en forme la silhouette disloquée en rétablissant le parallélisme et la longueur des cuisses ; et ce fut là toute mon action. La gendarmerie fut alors alertée par téléphone, tandis que nous pouvions examiner à loisir la voiture tamponneuse, arrêtée à quelques cinquante mètres : elle était emboutie en son capot ; elle était brisée en ses phares ; elle était souillée de giclées de sang et de cerveau jusque sur le pare-brise. Cela était la preuve que la violence du choc venait bien du premier heurt de la voiture et non pas de la chute secondaire par retombée au sol de la victime. Je ne sais exactement combien de minutes s'écoulèrent avant que la gendarmerie, alertée, ne vienne effectuer son constat, mais cela demanda environ un quart d'heure ; en tout cas, à ce moment-là, donc au moins vingt minutes après l'instant du drame, revenant au « cadavre », je m'aperçus que le visage de ce dernier était moins livide, et surtout que des bulles d'air apparaissaient par instant dans le filet de sang qui continuait à couler de ses lèvres... Oui, la vie avait réapparu, le « cadavre » respirait, le cœur avait repris de très faibles battements. Une voiture ambulance fut alors appelée ; le blessé fut glissé sur un brancard et transporté à l'hôpital d'Aix-en-Provence.





De droite à gauche : le Docteur Jean de Kearney, le Professeur André Sicard, le Professeur Trillat et le Professeur Patel

Robert JACQUET

# Les XIII<sup>es</sup> Assises Nationales

## sur les accidents et le trafic

Le Professeur André SICARD, Président de la Société Française de Médecine du Trafic et de l'Association Internationale de Médecine du Trafic, et le Docteur Jean de KEARNEY, Président du Centre d'Information Médicale et d'Education Sanitaire, ont organisé cette année les XIII<sup>e</sup> Assises Nationales sur les Accidents et le Trafic, du 30 septembre au 2 octobre inclus.

Les diverses séances ont été consacrées à des sujets particulièrement intéressants ainsi que nos lecteurs pourront s'en rendre compte à la lecture des lignes qui vont suivre.

**Première séance.** — Cette séance, ouverte par le Professeur A. SICARD, était commune avec le Congrès de Chirurgie. Elle avait pour sujet le « Polytraumatisé de la route ». Les rapporteurs en sont MM. le Professeur TRILLAT et le Professeur agrégé PATEL.

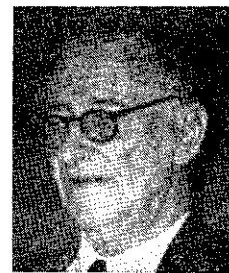
La séance débute par un exposé magistral et coloré du Dr ARNAUD qui met en évidence les éléments essentiels du problème.

Le Professeur TRILLAT tente ensuite de donner une définition du polytraumatisé. Pour lui, c'est le porteur de polytraumatismes dont l'un des éléments peut entraîner la mort. En cette matière, il constate que les statistiques sont très difficiles à établir, pour

diverses raisons. Il y a, en fait, une association de blessures, plus ou moins disséminées, au crâne, aux membres par exemple, et il faut bien constater que l'urgence du traitement de chacune des blessures n'apparaît pas à l'évidence. On peut s'y tromper sur un examen hâtif ou incomplet. C'est pourquoi le rapporteur estime nécessaire la constitution d'équipes spécialisées, selon les deux principes de l'association horizontale et de l'association verticale. On oppose souvent à cette formule l'argument d'une insuffisance numérique et qualitative des chirurgiens en France, argument faux ou pour le moins tendancieux, car on sait qu'il y a en France, au contraire, des chirurgiens assez capables, sans être éminemment spécialisés, pour se tirer fort bien de toutes les situations d'autant que dans la réalité, les constatations dépassent souvent tout ce que l'on a appris en classe de chirurgie.

Un point retient également son attention : le ramassage sur la route. Celui-ci requiert une organisation plus poussée. A ce sujet, le rapporteur exprime l'opinion que tous les étudiants en médecine devraient recevoir une formation secouriste complète.

Le Professeur SICARD intervient pour signaler que des initiatives ont été prises dans ce domaine, certaines par lui-même, que des essais ont été tentés, mais qu'en définitive, ces tentatives n'ont pas obtenu



Dr ARNAUD

# Assises Nationales



Pr CARA

le succès qu'on en attendait, notamment par la faute des étudiants eux-mêmes. Pourtant il garde un espoir basé sur le fait que l'enseignement du secourisme aux étudiants en médecine va sans doute être rendu obligatoire. Dans certaines Facultés, il l'est déjà en 4<sup>e</sup> année, sous l'appellation, non pas de secourisme, mais de soins d'urgence. L'an dernier, à l'occasion d'un essai de ce genre, il avait sollicité (et obtenu) la collaboration des sapeurs-pompiers de Paris; il a fallu renoncer à cette collaboration, à cause de l'incompréhension des étudiants. L'enseignement a donc été supprimé. On a alors envoyé certains des meilleurs étudiants à Nainville-les-Roches, ainsi que l'avait suggéré le Dr Marcel ARNAUD et les premières tentatives ayant réussi, on se propose de les renouveler.

Le rapporteur, appuyé en cela par le Professeur CARA, espère que l'on parviendra à progresser dans ce domaine. Le Dr BENASSY fait observer que le système ne vaut que pour la période scolaire, puisque, l'été, les étudiants sont pratiquement absents.

La parole est donnée au Professeur agrégé BOURRET, de Salon-de-Provence qui développe un plaidoyer en faveur des hôpitaux dits de 2<sup>e</sup> catégorie, dont la place est sans doute, un peu obscure, mais qui n'en font pas moins d'excellent travail. Il note qu'à Salon, par exemple, 80 % des hospitalisés sont des blessés de la route et il souhaite que, comme dans cette petite localité qui groupe de 30 à 40.000 habitants, les chirurgiens s'organisent dans tous ces petits hôpitaux de manière à ce que le service soit assuré à plein temps, avec anesthésiste-réanimateur, et spécialistes de tous les domaines importants (respiration, circulation, psychique).

Le Professeur BOURRET passe alors à un autre point : le problème des statistiques. Il voudrait que l'on unifiât les critères afin d'obtenir des statistiques valables et comparables. Il sait bien que l'échelle des blessures est difficile à établir, mais il estime indispensable d'affecter des indices « de gravité » à chacune d'elles, avec si possible, cote initiale et cote finale, ces indices permettant des comparaisons avec les statistiques générales et facilitant au surplus les calculs de taux d'incapacité.

Le Professeur agrégé LAVARDE fait ensuite un exposé sur le rachis cervical du polytraumatisé et sur les tétraplégies, exposé assez technique, et que, pour cette raison, nous ne voulons pas infliger à nos lecteurs.

Avec le Professeur agrégé NICOLETIS, on aborde également un sujet très intéressant : la chirurgie plastique d'urgence chez les polytraumatisés. Il s'agit surtout de faire en sorte que les séquelles de l'accident soient aussi minimales que possible, encore qu'elles n'apparaissent parfois que très longtemps après l'accident et qu'il soit alors difficile de les résorber. On doit évidemment commencer par un examen clinique, qui est primordial, du fait qu'il conditionne toute la suite des opérations. A l'intention des praticiens présents, le Professeur NICOLETIS expose la manière détaillée dont il conçoit cet examen clinique. Ce n'est, dit-il, qu'après un tel examen qu'il est possible de dresser un bilan. Mais cet examen exige beaucoup de temps et c'est pour cette raison qu'il faut souhaiter une meilleure organisation des services de traumatologie.

Le Professeur agrégé NEVEUX, chargé d'exposer la question des lésions thoraciques chez les polytrau-

matisés, préfère apparemment commenter rapidement une série de clichés projetés devant l'assistance. Il faut reconnaître d'ailleurs que ces images suscitent au moins autant d'intérêt qu'un long discours.

Madame le Professeur agrégé RENDOUING, du C.H.U. de Reims n'ayant pu se déplacer, c'est un de ses assistants qui vient exposer ses vues sur l'abord rationnel du polytraumatisé de la route. A son sens, il est très important d'éviter toute improvisation dans la première période, celle du transport. L'orateur a certainement raison, sauf peut-être sur un point : la première période n'est pas celle du transport, mais celle des soins dits « du bord de route ». Il continue en exposant les grandes lignes de l'organisation du C.H.U. de Reims, laquelle se caractérise par la recherche de l'efficacité. On a prévu un sas de réanimation, mais on peut, en cas de besoin, faire appel à n'importe quelle autre spécialité. Il existe en fait une permanence des équipes.

Représenté par le médecin-général VITTORI, le service de santé militaire apporte un son particulier en faisant observer que ce service, spécialisé en temps de guerre dans le traitement des blessés de guerre, affecte en temps de paix ses diverses installations au nouvel hôpital Beaujon, aux blessés de la route. Situé en dehors de Paris, sur une hauteur et relié directement au réseau routier, cet établissement occupe une place de choix pour remplir cette mission. Le médecin-général VITTORI donne ensuite quelques statistiques mais la dernière partie de son exposé est à peu près inaudible et nous le regrettons pour nos lecteurs comme pour nous-mêmes.

Ensuite, le Docteur MAZINGARBE, de Montargis, rend compte d'un séjour d'un mois qu'il a effectué en Italie, afin d'y étudier les conditions dans lesquelles sont soignés et transportés les blessés de la route.

En Italie, tous les accidents mortels de la route entraînent automatiquement une enquête médico-légale. Le système téléphonique d'alarme atteint directement les organismes sanitaires et l'appel peut être fait depuis n'importe quel poste avec un numéro national. Les itinéraires permettant d'accéder en n'importe quel point du réseau routier ont fait l'objet d'études détaillées préalables. Ces dispositions sont en vigueur depuis 1970 sur tout le territoire italien. On y utilise un modèle de brancard interchangeable qui évite les transferts de blessés, tant de fois déplorés en France, inutilement.

Les Centres de traumatologie sont pluridisciplinaires et on peut constater l'importance donnée en Italie à la médecine du trafic si l'on sait que tous les médecins doivent obligatoirement transporter dans leur voiture une trousse de secours.

C'est le Docteur PIGEON, de Château-Salins qui lui succède. Ce qu'il dit paraît fort intéressant, mais son débit vocal est si précipité qu'on parvient difficilement à suivre son exposé. Celui-ci contient de multiples critiques des conditions générales dans lesquelles on donne les premiers soins, et même les soins hospitaliers. Il appuie son exposé de deux petits films tournés, l'un à Château-Salins, l'autre à Orly, films qu'il commente et qui ne manquent pas d'intérêt. On doit reconnaître que, ses critiques mises à part, le Docteur PIGEON a beaucoup fait pour les blessés de la route; il continue d'ailleurs à diriger, avec toute la compétence voulue le service de secours sur route qu'il a créé il y a déjà bien des années.



Pr LAVARDE



Pr NICOLETIS

# Assises Nationales

Le dernier orateur, le Docteur PALFER-SOLLIER, médecin-conseil des Etablissements Citroën, présente une ambulance Citroën très bien étudiée dans son matériel de bord comme dans ses dimensions et qui bénéficie de la fameuse suspension hydropneumatique Citroën dont la souplesse est bien connue. Ce véhicule, présenté pour la première fois le 12 mars dernier, recherche le confort et la sécurité du sujet transporté. L'habitacle est même assez vaste et conçu notamment pour assurer une grande réanimation. Il renferme une petite table d'opérations. Ce véhicule, réellement intéressant, a reçu le prix de la Société de Médecine du Trafic pour le progrès qu'il réalise en matière de transport.

La conclusion de cette première séance est présentée par le Docteur ARNAUD. Celui-ci rappelle que le blessé de la route est victime d'une projection et que, si la vitesse n'a jamais tué personne, elle aggrave les blessures en cas de choc et provoque des traumatismes divers, des dommages respiratoires, circulatoires et autres, et des fissurations. Il note en terminant qu'il est fâché qu'en France on continue à confondre secours et transport.

Le Professeur SICARD avant de lever la séance, sollicite les interventions dans une discussion qui voit réapparaître la mémoire du Docteur SOUBIRAN, à propos de la mécanisation des secours, puis quelques-uns des précédents orateurs. Il lève la séance à 17 h. 50.

La suite des travaux des Assises Nationales s'est déroulée à Linas-Montlhéry dans les locaux de la Prévention Routière dont le Professeur SICARD, cette année, a été nommé Administrateur.

La séance du matin est présidée par M. CUNY, Président de la Prévention Routière, assisté de

MM. le Professeur SICARD, GALLIENNE, ALAIN (représentant en l'absence du Docteur CHARBONNEAU, empêché, le Ministre de la Santé Publique et le Gouvernement) et le médecin-général DEMARTY représentant le service de santé militaire.

C'est M. ALAIN qui ouvre le feu en signalant que son Ministre tient le plus grand compte des avis exprimés par les Assises Nationales. Puis il souligne la part importante prise dans les secours routiers par l'Administration militaire. Evoquant ensuite les accidents dans lesquels des enfants sont impliqués, il insiste sur la nécessité d'enseigner le secourisme et exprime le souhait que les travaux des Assises Nationales soient utiles afin d'arriver à réduire au minimum les conséquences des accidents.

M. le Président CUNY suggère que, par dérogation à la règle de l'Ordre, les médecins soient autorisés à indiquer sur les ordonnances les interdictions — notamment de conduire — résultant de l'état de santé des malades.

M. GALLIENNE lui succède; il parle de circulation automobile et à ce sujet signale que la France est nettement en retard sur les pays voisins. Il prévoit d'ailleurs un rattrapage en quelques années car la circulation automobile constitue un élément d'une incontestable valeur économique. Il attire en outre l'attention sur le retard pris dans la construction et l'entretien des routes françaises.

La parole est ensuite donnée à M. PANSARD, Secrétaire général de la Prévention Routière, qui donne d'abord quelques chiffres statistiques et présente plusieurs observations de logique et de bon sens, bien connus de tous les organismes qui s'occupent de sécurité routière.



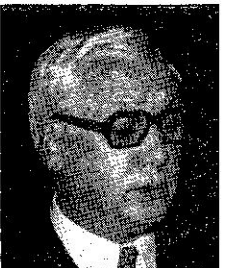
Pr NEVEUX



Médecin-général VITTORI



Dr MAZINGARBE

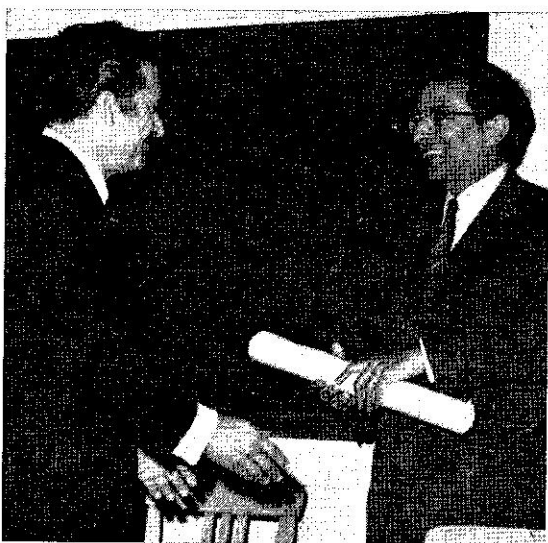


Dr PIGEON



Dr PALFER-SOLLIER

## Le Prix Gaston Cordier <sup>Parrain</sup> attribué au Professeur Jean Bourret



Le Prix Gaston Cordier, décerné par le Centre d'Information Médicale et d'Education Sanitaire au médecin qui, au cours de l'année écoulée, s'est le plus distingué par ses travaux, dans le sens des préoccupations habituelles des Assises Nationales sur les Accidents et le Trafic, est attribué cette année à M. le Professeur BOURRET.

Nous avons déjà, l'an dernier, publié une interview de ce spécialiste des soins aux blessés de la route et dit tout le bien que nous pensons de lui. A cet égard, rien n'est changé et nous nous associons volontiers à tous ceux qui l'ont félicité pour l'obtention de ce prix, car nous estimons qu'il l'a amplement mérité. En effet, c'est à lui que l'on doit la première antenne de réanimation, qu'il a organisée en 1957. Le prix lui est remis par l'un des précédents titulaires : le Docteur MOULY et, dans sa réponse, le Professeur BOURRET ne manque pas de prononcer des paroles aimables à l'intention de ses deux anciens « patrons », le Docteur Marcel ARNAUD et le Professeur SALMON.



# Assises Nationales



Dr GRAVEL

Enfin, M. MICHELET, Directeur général de l'Union Technique de l'Automobile et du Cycle (U.T.A.C.) vient faire un long exposé sur les missions de cet organisme et notamment les normes de sécurité des véhicules.

La séance de l'après-midi est réservée aux enfants polytraumatisés, sujet dont le Professeur SICARD signale qu'il n'a jamais fait, à sa connaissance, l'objet de la moindre étude, alors que l'enfant est plus exposé que l'adulte dans les accidents de la route.

C'est un spécialiste, assistant du chef de service de l'hôpital Bretonneau, qui reçoit la parole. Il précise que cette question, contrairement à ce qui vient d'être affirmé, a été étudiée depuis longtemps. En Angleterre, il y a même un organisme interrégional spécialisé. De même, l'Office Mondial de la Santé a établi, il y a trois ans un code qui facilite beaucoup les travaux. Chaque individu, chaque enfant court un risque accidentel global dont quelques lésions seulement se produisent, lésions différentes selon les individus. On ne prend plus assez de précautions à l'égard des enfants qui, jusqu'à 4 ans doivent être tenus par la main et ensuite instruits de la signalisation conçue par des adultes pour des adultes et dont certains aspects peuvent leur échapper.

Ensuite, le Docteur GRAVEL, psychiatre (et qui se défend d'être pédiatre) dit s'être intéressé surtout aux enfants; il a constaté qu'entre 1966 et 1968 le nombre des décès, à la suite d'accidents de la circulation s'est accru considérablement; il atteint en une seule année près de 5.000 enfants de moins de 15 ans. Contrairement à ce que l'on suppose, les accidents de cyclomoteurs sont les moins nombreux, les plus nombreux étant les accidents dont sont victimes les piétons. Il explique cette apparente anomalie par le fait que l'usage du cyclomoteur n'est autorisé qu'à partir de 14 ans et qu'en outre, cet engin n'est utilisé que par une minorité.

On a constaté que les accidents sont de plus en plus nombreux d'année en année, non seulement chez les moins de 10 ans, mais même chez les moins de 5 ans. Dans la recherche des causes de ces accidents, il faut distinguer piétons, passagers, conducteurs. Il a été observé que ce sont surtout les garçons qui s'intéressent le plus aux deux-roues; ils sont plus téméraires que les filles et quand ils peuvent disposer de l'un de ces engins, ils ont tendance à en user largement et même à en abuser. Au sujet des mobiles qui incitent les jeunes à faire du deux-roues, on a noté principalement le vol, chez les garçons, la sexualité chez les filles. Mais il ne faut pas négliger l'environnement familial.

Les recherches poursuivies dans ce domaine doivent déboucher sur la prévention. On a déjà fait quelque chose (notions de Code de la Route, patrouilles d'enfants autour des établissements scolaires), mais en France les expériences sont toujours limitées. Il est évident que le corps médical a un grand rôle à jouer, mais les parents aussi qui doivent prévenir leurs enfants qu'ils peuvent, comme n'importe qui, être victimes d'un accident. Toutefois, ils ne doivent pas chercher à « surprotéger » leurs enfants.

Invité à exposer son point de vue, le Professeur VIDAL, de Montpellier, sans pour autant négliger les aspects classiques du problème (traumatologie, orthopédie, etc.) signale qu'à son avis, il convient de ne pas négliger le plan affectif. Il faut, dit-il, distinguer

l'enfant passager de l'enfant, cause de l'accident. Il ajoute quelques aperçus relatifs aux lésions du système nerveux central, à l'hypertension du liquide encéphalo-rachidien, à la traumatologie faciale qui, selon lui, impose des soins immédiats et une restauration rapide. Il termine en signalant une difficulté d'expertise finale: l'enfant n'a pas de rentabilité sociale; pourtant, il peut être touché pour la vie. La détermination d'un taux d'invalidité soulève, en ce qui le concerne, des difficultés insurmontables.

Après lui, le Professeur SALMON, de Marseille, signale qu'il y a un mort sur 250 enfants victimes d'accidents de la route. Avec humour parfois, mais toujours énergiquement, il affirme qu'il n'y a pas de petites blessures, la plus anodine en apparence pouvant ultérieurement s'avérer très grave; que les œdèmes sont fréquents; qu'avant de pratiquer une réduction de fracture, il faut toujours penser à la croissance. L'enfant blessé doit être, à son avis formel, confié à un chirurgien d'enfants, et non à n'importe quel chirurgien, fut-il de grande valeur. L'intervention doit être rapide. Le temps perdu constitue un sérieux handicap pour la suite des opérations. S'il a le choix, il préfère de beaucoup une méthode non sanglante. Enfin, il signale que, dans les expertises, on oublie souvent l'incapacité scolaire.

Les indications précédentes sont confirmées par le Professeur PASQUIE, de Toulouse qui précise que, d'après ses fiches, les accidents dont les enfants sont victimes se produisent le plus souvent sur le chemin de l'école. Il estime quant à lui qu'il y a, pour 100 accidents d'enfants 52 % d'accidents d'auto, 23 % d'accidents de vélo, 10 % d'accidents de cyclo et 15 % d'accidents de piétons. Sur la quantité de traumatismes constatés, il a relevé 80 % de traumatismes crâniens.

Le Professeur Jean JUDET, de Garches, qui doit faire un exposé sur le traitement des fractures chez les enfants polytraumatisés, a noté la fréquence particulière des fractures associées des crânes et des membres (1/3 des blessés). Au sujet de la fracture du fémur, il est partisan de l'extension continue, à condition qu'elle soit immédiate et quel que soit par ailleurs l'état ou la blessure, sous peine de faire courir au polytraumatisé un risque d'infirmité. Il estime aussi qu'au lieu de réduire les différentes fractures séparément et successivement, il est préférable de les réduire toutes en même temps. Cela n'influe nullement sur le choc, mais en revanche produit de meilleurs résultats, l'ossification étant très rapide chez l'enfant. Il vaut mieux le cas échéant, remédier plus tard à une éventuelle ossification excessive. Agir autrement serait exposer l'enfant à des raccourcissements, lesquels deviennent dangereux au-dessus de 2 centimètres.

Chez tous les jeunes enfants, on peut, on comptant sur les effets de la croissance, opérer des réductions approximatives. Mais au-dessus de 10 ans, il n'y a plus d'approximation. Il faut se méfier des lésions de cartilage de conjugaison, surtout quand elles siègent à la partie inférieure du fémur. On constate fréquemment en effet des arrêts de croissance ou parfois la formation de petites épiphyses qu'entraînent des angulations, à rectifier dès que possible.

Le Professeur agrégé GRUNER, de l'hôpital Trousseau, a observé principalement des enfants renversés par des véhicules, accidents qui ont provoqué surtout des lésions crâno-encéphaliques associées à des



Pr VIDAL



Pr SALMON



Pr PASQUIE

*de*