

# LA MÉDICALISATION DES SECOURS EN MONTAGNE

## De 1973 à nos jours

Elisabeth et Philippe MENTHONNEX\*

À *Martine Batut-Marchand † (SAMU Toulouse)*

**A**vant l'apparition de l'alpinisme, la montagne, milieu hostile, mais lieu de passage obligé, a été le théâtre de sauvetages. À proximité des grands cols, furent édifiés des hospices, qui plus tard seront tenus par des moines et qui bénéficiaient de l'aide de chiens légendaires, les Saint-Bernards (photo 1). Il faut attendre 1910 pour voir la première organisation des secours (photo 2).



Saint-Bernard



Secours en montagne 1910

En décembre 1956, la mort de Vincendon et Henri dans le Mont Blanc, est à l'origine de la restructuration des secours. L'agonie, largement médiatisée de ces deux jeunes alpinistes dans le massif du Mont Blanc au cours d'une course, sensibilise les gens. Ils furent les victimes de "la non structuration, de la désorganisation, des ordres et contre ordres des protagonistes du secours en montagne". Le plan de secours en montagne devient alors l'affaire de professionnels. À partir de 1958, c'est le préfet qui devient responsable du secours en montagne, coordonnant un ensemble de secouristes habilités par l'état (Gendarmerie, Armée, Sécurité Civile).

À partir de 1957, l'Alouette (2 et 3) devient l'hélicoptère de prédilection grâce à sa grande maniabilité. Dans les années 60, l'hélicoptère doit obligatoirement se poser pour les sauvetages, car les treuils existants sont hydrauliques et inefficaces en montagne. Le secours hélicoptéré sur les parois raides est donc impossible. Il faudra attendre 1967 pour voir apparaître les treuils mécaniques. L'hélicoptère deviendra systématique dans les années 70.

Avant l'ouverture des premiers SAMU, seuls les médecins des corps de troupe de montagne, les médecins des stations de sport d'hiver et les chirurgiens orthopédistes s'intéressaient à la pathologie de la montagne. Quant au retentissement physiologique de l'effort physique en milieu alpin sur l'organisme, il ne semblait concerner que les seuls médecins de la Fédération Française de la Montagne. La littérature ne faisait que très peu de place à la médecine d'urgence et à la thérapeutique des détresses survenant en montagne et les manœuvres secouristes constituaient généralement l'unique recours en cas d'accident.

En 1969, le SMUR de Grenoble (alors Groupe Mobile d'Urgence et de Réanimation) participa pour la première fois à une opération de secours en montagne. Mais, il faudra attendre 1973 pour que la médicalisation des secours s'impose et devienne de plus en plus systématique, grâce aux équipes de SAMU ou à des médecins généralistes de montagne. Seule structure d'urgence médicale préhospitalière existant en région de montagne, le service de Grenoble, alors simple SMUR, découvrait en février 1970, l'ampleur du problème médical, lors de la série d'avalanches qui s'abattit sur Tignes, puis sur Val d'Isère, véritable catastrophe qui engloutit 49 stagiaires de l'UCPA. On ne pouvait alors qu'être frappé par l'inadéquation et les limites des moyens secouristes sur lesquels les pouvoirs publics s'appuyaient. Très hétérogènes, ils firent cruellement sentir la nécessité de passer de l'ère du secourisme à l'ère de la réanimation (P. Stieglitz) (photo 3).



Avalanche

\* SAMU 38, SMUR de Grenoble/La Tronche, CHU de Grenoble, BP 217 - F-38043 Grenoble cedex 9.



Intubation d'un accidenté de ski de piste



Évacuation d'un accidenté de ski de randonnée

Aussi, bon nombre de stations de sports d'hiver furent invitées, par voie préfectorale, à s'équiper en dotations mobiles de réanimation qui, pour être efficaces, devaient être accessibles en permanence, tant aux médecins des stations qu'aux médecins hivernants de passage. En octobre 1972, le déroulement des opérations de secours lors de l'accident du Viscount reliant Lyon à Clermont-Ferrand, effectuées de nuit et en zone montagneuse, confirma qu'il était indispensable pour les SMUR de montagne de disposer d'un matériel léger de réanimation complet, aisément portable à dos d'homme pour intuber, ventiler, perfuser, drainer un pneumo- ou un hémothorax asphyxique, tous gestes usuels des urgences (photos 4 et 5). Au cours de cette même année 1972, était publié le rapport du Groupe de travail sur la Commission Interministérielle pour l'étude des secours en pays de montagne.

En 1973, une expérience intéressante fut réalisée dans le cirque de Gavarnie par le SAMU de Toulouse. Pour la première fois, un étudiant en médecine rompu aux techniques de l'alpinisme fut adjoint à l'antenne de type SMUR, dotée d'un hélicoptère affecté au secours en montagne. Il participait activement à chaque sortie et le bilan des interventions fut très positif. En 1973 également, les XXI<sup>e</sup> Journées Internationales de Traumatologie du Ski et de la Médecine de Montagne, étudiaient tout particulièrement le problème de la

médicalisation des secours aux victimes de la montagne. Les Français préféraient confier les secours à des médecins plus réanimateurs qu'alpinistes à la différence des autres Européens.

En 1974, une thèse soutenue à Lyon et traitant des victimes d'avalanche, proposait une technique précise d'intervention médicale sur ces blessés, technique déjà employée au SMUR de Grenoble, et retenue par l'Association Nationale pour l'Etude de la Neige et des Avalanches.

Enfin, au cours de la saison 1975-1976, le Ministère de la Santé prit conscience des conséquences de la sous-médicalisation relative dans les hautes vallées lors des transferts de population réalisés au moment des vacances d'hiver. À cet effet le Ministère plaça dans différents hôpitaux tels Chamonix, Briançon, St-Jean-de-Maurienne, mais aussi Tarbes dans les Pyrénées, une équipe de médecins du contingent au cours de l'année 1976. Il semble qu'il y ait eu alors prise de conscience de l'utilité de la présence des médecins sur les lieux des accidents. Puis les pelotons de gendarmerie spécialisés dans le secours en montagne se sont fait affecter des médecins du contingent pour participer aux sorties. De 1975 à 1985, une convention Armées-Santé donnait délégation aux Chefs de Service du SAMU de Grenoble et de Toulouse, pour sélectionner les candidatures de médecins aspirants, déclarés volontaires à Libourne pour être les médecins des bases du Secours en Montagne de Chamonix, Briançon, Grenoble, Modane pour les Alpes, et Pierrefitte Nestalas pour les Pyrénées.

Initialement les SMUR étaient sollicités pour intervenir dans les massifs montagneux sur les seules victimes d'accidents traumatiques. Peu à peu, ils ont été sollicités pour des détresses médicales aussi bien que traumatiques survenant en altitude.

Pendant de nombreuses années, les SMUR et les SAMU se sont heurtés à une réticence d'ordre psychologique de la part de certains professionnels du secours en montagne vis à vis de la médicalisation des secours. Ces secouristes avaient du mal à accepter l'intervention du médecin dès les premiers instants du secours, redoutant une gêne de la progression des caravanes de secours du fait d'un entraînement physique insuffisant des médecins et d'une méconnaissance des techniques d'alpinisme. La mise en place, au CHU de Grenoble de stages d'apprentissage et d'entraînement au secours en montagne pour les médecins au Centre National d'Entraînement à l'Alpinisme et au Ski (CNEAS), dirigé par les spécialistes du secours en montagne (CRS Alpes), d'abord à Val d'Isère, puis à Chamonix et des entraînements réguliers avec ces professionnels du secours, ont permis une bonne intégration de ces médecins venant de tous les départements concernés par le secours en montagne, par une meilleure connaissance des uns et des autres (photos 6 et 7). Parallèlement, le SAMU de Toulouse créait le



6  
Entraînement du personnel des SMUR au CNEAS  
à Chamonix, décembre 2004



8  
Hélicoptère médicalisé  
horizontal



7  
Entraînement du personnel des SMUR au CNEAS  
à Chamonix, décembre 2004



9  
Hélicoptère médicalisé  
vertical

diplôme d'Université de Médecine du secours en Montagne et organisait des stages d'entraînement à ce type d'intervention.

Petit à petit, grâce à un travail persévérant, les équipes médicales ont mis au point des techniques et du matériel spécifique aux interventions en montagne. De très nombreuses vies ont ainsi pu être sauvées, grâce à la prise en charge médicale précoce des traumatisés graves de la montagne, mais aussi de patients ayant une pathologie médicale sévère (syndromes coronariens aigus, mal aigu des montagnes...). De nombreuses communications ont été présentées sur la

médicalisation du secours en montagne par les SAMU aussi bien en France qu'à l'étranger (Suisse, Autriche, Italie, Espagne ..... ) de 1973 à 2004.

L'hélicoptère médicalisé en montagne est ainsi présenté par l'équipe du SAMU 38 accompagné du commandant de la base de la Sécurité Civile (M. AUBERT), à la 7<sup>e</sup> réunion Inter-Régionale Nord Anesthésie Réanimation et Oxylogie à Roissy en octobre 1982. L'hélicoptère médicalisé horizontal pour les traumatisés graves en hypovolémie a pu ainsi être développé en partenariat avec tous les participants du secours, en tant qu'indication thérapeutique (photos 8, 9, 10). Peu de temps après, avec l'arrivée des treuils électriques remplaçant les treuils pneumatiques, la longueur maximale du câble permettant le treuillage



10 Hélicoptère du médecin avec son sac de matériel de réanimation



11 Médaille du secours en montagne

du médecin et de la civière passait de 25 à 50 mètres. L'intégration des médecins dans les équipes de secours s'en est trouvée renforcée. En 1981, plusieurs médecins de SAMU reçoivent, pour la première fois, la distinction de la Médaille du Secours en Montagne par Félix GERMAIN, père fondateur du Secours en

Montagne, pour lequel : "*Rien de grand ne se fait sans passion*" (A. JUNG) (photo 11).

En 1984 est mise en place à l'Alpe d'Huez pour la saison hivernale une Unité Médicale Hélicoptérée, comprenant un médecin du SMUR de Grenoble, un Hélicoptère de la DSC et des sauveteurs secouristes spécialistes du secours en montagne. Quelques années plus tard (1988), une 2<sup>e</sup> Unité est opérationnelle pour la saison d'été à La Bérarde (Oisans), puis dans un 2<sup>e</sup> temps à l'Alpe d'Huez (Oisans) pour des raisons de sécurité, la station disposant d'un altiport. Partout en France, les SMUR des hôpitaux des hautes vallées intervenant en montagne ont ainsi, progressivement, assuré une permanence médicale pour le secours en montagne dans les zones d'implantation des bases d'hélicoptère (Sécurité Civile, Gendarmerie, Secours



12 Bloc fémoral sur une piste de ski.

aérien Français) intervenant en montagne avec les professionnels du secours (CRS, PGHM, SP).

Au fur et à mesure des années, les interventions des SMUR en montagne se sont multipliées. Les techniques de réanimation et les protocoles validés en préhospitalier (analgésie, sédation) sont de mieux en mieux maîtrisées et appliquées dans des conditions souvent difficiles. La présence de médecins dans les équipes de sauvetage permet après mise en condition une meilleure orientation des patients, directement vers des centres de traumatologie pour des blessés correctement conditionnés avant leur évacuation (intubation après induction en séquence rapide, ventilation assistée, remplissage, analgésie et sédation) (photo 12), vers des centres de cardiologie interventionnelle pour les patients présentant un syndrome coronarien aigu ou vers des centres équipés de CEC de réchauffement pour les patients en hypothermie majeure.

Malheureusement, en 1989, en Tarentaise, un médecin du SMUR de Moutiers décédait lors d'une opération de secours sur piste après que l'hélicoptère se soit écrasé en heurtant un câble, provoquant le décès d'un des pilotes, du médecin, d'un gendarme et du patient. Cet accident devait nous rappeler les risques inhérents à ces opérations de secours que l'enthousiasme avait tendance à minorer. Plusieurs autres accidents d'hélicoptères lors d'opérations de secours se sont ensuite produits aboutissant soit au décès, soit à des lésions traumatiques sévères de plusieurs pilotes, sauveteurs et médecins (Pyrénées, Alpes).

Puis, le développement de nouveaux sports a obligé les médecins intervenant en montagne à se former toujours plus. C'est le cas des secours en canyon qui nécessitent pour le médecin, volontaire, d'avoir suivi un entraînement spécifique et de pouvoir disposer d'un équipement adapté pour ce type de secours (photos 13, 14, 15). Des stages d'entraînement pour les secours en canyon sont organisés chaque année dans les Pyrénées, les Alpes, mais aussi La Réunion, la Martinique, encadrés par les professionnels du secours en montagne (PGHM). L'université a parallèlement mis



Secours en canyon



Secours en canyon



Entraînement secours en canyon

en place des diplômes d'université de médecine de montagne (DUMM) à Bobigny, Toulouse et Grenoble. En 2004, afin d'homogénéiser cet enseignement, ce diplôme est devenu interuniversitaire. Cet enseignement comprend une partie théorique et une validation

de stages d'entraînement sur le terrain. À la fin des années 80, est née l'Association Nationale des Médecins du Secours en Montagne qui, en 2002, passait convention avec le CHU de Grenoble SAMU 38, pour mise à disposition du SMUR de médecins formés aux techniques du secours en montagne, venant de toute la France, pour la permanence médicale à l'Alpe d'Huez 6 mois par an (4 mois l'hiver, 2 mois l'été), lors des périodes de forte activité touristique.

Les praticiens du SAMU-SMUR de Grenoble continuent cependant à assurer les secours à partir de Grenoble, soit du fait de secours concomitants et de la présence d'un 2<sup>e</sup> hélicoptère à la base de la DSC de Grenoble, soit en intersaison. La compétence de ces médecins doit être double : ils doivent être compétents en réanimation polyvalente, en milieu souvent hostile, sans l'aide de personnel paramédical, et compétents en alpinisme et techniques de secours, afin de ne pas être une charge pour la caravane de secours. Leur disponibilité pour un éventuel secours doit être permanente.

À partir de 2004, le remplacement progressif des Alouettes 3 et des Écureuils de la DSC et de la gendarmerie par des hélicoptères EC145, dotés d'un treuil avec une longueur de câble de 90 mètres impose un complément de formation indispensable à l'hélicoptère avec ce type d'appareil pour les médecins intervenant en secours.

En 2005, la présence des médecins des SMUR au sein des équipes de secours en montagne n'est plus discutée. Au contraire, pour des raisons tenant à la logistique (médecin, sauveteurs, pilotes et hélicoptère au même endroit), les médecins interviennent parfois sans que leur présence soit médicalement justifiée. Une meilleure régulation de leurs interventions devrait finir par s'imposer, afin que le médecin intervienne autant que possible lorsque sa présence est nécessaire et justifiée. La prise de risque n'étant jamais nulle, elle doit aussi être constamment prise en compte, tant par le médecin régulateur que par le médecin intervenant.

