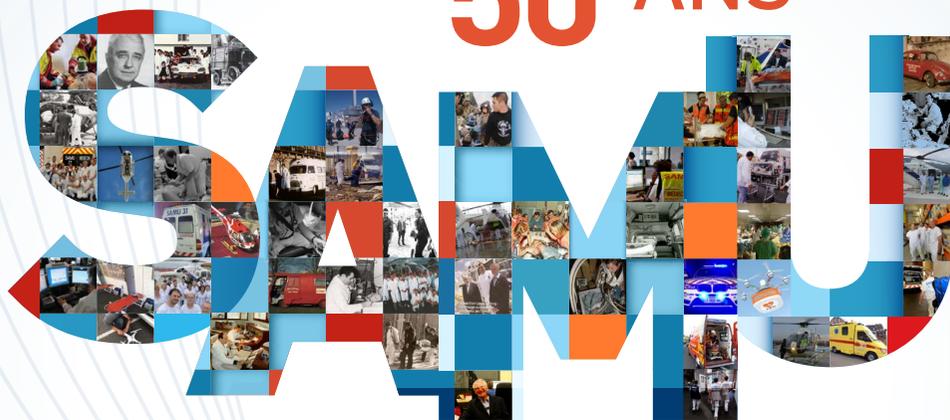


1968-2018

50 ANS



SOUVENIRS
& TÉMOIGNAGES



Acronyme de SAMU d'après
J.-C. Franceschi, médecin
anesthésiste réanimateur,
à l'époque externe et grand
admirateur du père Favrel qui
appréciait la langue latine !

→ *Michel Favrel, prêtre ouvrier
de la Mission de France, premier
standardiste du SAMU en 1969*

SEMPER CURARE
toujours guérir

**MORBI
HOMINIS**
les maladies
de l'homme



**A DEXTRA
SINISTRAQUE**
de droite
et de gauche

**UBICUMQUE
SUNT**
partout où elles
apparaissent



ANNIE COQUELIN

40 ans au secrétariat du SAMU et des urgences,
raconte les débuts du SAMU

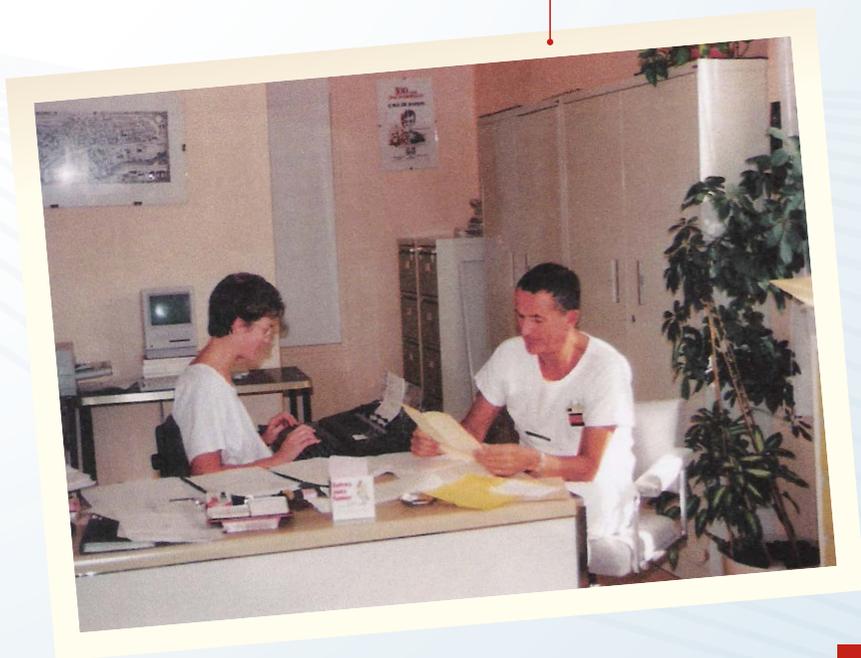


En 1968, dès mon arrivée au secrétariat du SAMU et devant le nombre de plus en plus important de patients demandant des attestations d'interventions nous avons dû établir des fiches d'identification.

Sur ces fiches sont mentionnées l'état civil du patient, ses antécédents, un diagnostic succinct, le lieu d'hospitalisation. Des indications, comme « soin sur place », « décédé » ou « déplacement inutile » sont également indiqués.

Ces documents s'amoncellent très vite dans le secrétariat, pièce exigüe et partagée avec le professeur Virenque qui avait une « soif de chiffres ».

*Annie Coquelin,
secrétaire du SAMU
avec le professeur
Virenque en 1974*





*(1) BUM:
Bloc d'Urgences
Médicales*

*(2) CATU: Centre
d'Accueil et de
Traitement des
Urgences*

Après que Monsieur Virenque eut demandé leur accord aux autorités concernées, je vais tous les mois consulter les énormes registres du bureau des admissions de Purpan, de l'Hôtel-Dieu, du BUM⁽¹⁾, du CATU⁽²⁾, de pédiatrie et d'autres services... Le but est de connaître le devenir de ces patients, et aussi de savoir si le diagnostic posé par les équipes du SAMU était correct... Malheureusement, malgré l'aide de mes collègues je ne récolte que très peu de résultats ; les patients ne figurent sur aucun registre ! Cela dure plusieurs mois, jusqu'à l'arrivée d'un informaticien affecté au SAMU. Il est alors créé un véritable dossier médical détaillé. L'arrivée d'une secrétaire dactylo-codeuse puis d'une machine et de cartes perforées améliorent ensuite considérablement le résultat de nos recherches... ”



Bloc de Réanimation Respiratoire de l'hôpital Rangueil où le docteur Philippe Michel a été hospitalisé en 1984

La belle histoire du docteur PHILIPPE MICHEL

8 décembre 2010, amphithéâtre du SDIS 31, 1^{er} séminaire de la capacité de Médecine de Catastrophe, Christian Virenque s'apprête à transmettre aux étudiants son expérience concernant « Les télécommunications en situation de crise »; un étudiant s'approche de lui et se présente « *je suis le docteur Philippe Michel, je voudrais vous remercier...* ».

Il raconte alors son histoire :



Je fais mes études médicales à la faculté de Rangueil et découvre l'urgence à l'occasion d'un stage au triage de l'hôpital Purpan. Je prépare une thèse de neuro-traumatologie mais j'estime que cette spécialité m'est inaccessible.

Le 30 août 1984 à 10 h 15, je suis victime, avec mon véhicule, d'un violent face-à-face dans les rues de Toulouse, mon adversaire ayant grillé un feu rouge.

Comme l'indique la note médicale établie au SUR⁽³⁾, je présente un polytraumatisme sévère associant 13 fractures. Une transfusion sanguine m'est nécessaire. En raison d'une fracture du sternum j'effectue un séjour en réanimation. Mon maxillaire inférieur fracturé est bloqué chirurgicalement.

**(3) SUR : Service
d'Urgence de Rangueil**

J'émerge progressivement de mon inconscience aux Soins Intensifs de Traumatologie avec des jours entiers d'amnésie. Un clou diaphysaire est placé dans mon fémur après plusieurs semaines de suspension-traction.

Les suites opératoires sont inconfortables, allégées toutefois par la présence de mon épouse.

La première séance de piscine avec autorisation d'appui, me semble être une résurrection.



Dans la foulée, c'est la période de procès qui « m'oppose » à mon adversaire. Un juge (qui avait un compte à régler avec le corps médical, je l'ai appris plus tard) m'inflige 6 mois de prison avec sursis et un an de retrait de permis de conduire, condamnation ramenée en appel à une simple amende et un mois de retrait de permis.

Je parviens à soutenir ma thèse et enchaîne des remplacements avec des cannes et bien des difficultés.

Les hasards des rencontres me font engager par un grand laboratoire pharmaceutique. Je parcours le monde pendant 12 ans. Progressivement, malgré insomnies et fatigabilité, je récupère ma forme de battant et de sportif de haut niveau que je fus. Je suis même victime d'un accident de parachutisme me recassant mes malléoles déjà précédemment abîmées !

1998, marque une rupture professionnelle et personnelle. Je découvre la médecine d'urgence comme attaché dans divers centres hospitaliers de la Côte d'Azur puis comme praticien hospitalier contractuel.

Comme un poste de praticien hospitalier titulaire passe par l'obtention de la Capacité de Médecine de Catastrophe, je m'y inscris à Toulouse...

Ainsi, grâce à l'accident, je reviens vers le métier qui m'a sauvé. ”

LE DOCTEUR ÉMILE CONTRERAS

anesthésiste-réanimateur urgentiste
se souvient...



Au début de mes études médicales, j'ai pris quelques gardes, en qualité d'étudiant, à bord d'ambulances du SMUR de Toulouse pour des « interventions primaires » ; c'est là que j'ai commencé à prendre goût aux urgences.

Puis j'ai fait un stage au Bloc d'Urgences Médicales (BUM) du Pr Boulard. Ce fut un excellent apprentissage de la médecine.

Il me revient une anecdote : un homme, la soixantaine présente un bloc auriculo-ventriculaire du 3^e degré et fait des arrêts cardiaques à répétition. Je pratique le massage cardiaque et obtiens le redémarrage de la pompe cardiaque mais aussi le réveil itératif du malade qui se plaint à chaque fois qu'il émerge que je lui fais mal. Enfin, la perfusion d'Isuprel que j'avais demandée, arrive ! Elle assure un retour à la normale. C'était la première fois que je sauvais une vie. Quelle fierté !

Puis vient le stage en réanimation où je confirme mon choix.

Je m'inscris au CES d'Anesthésie-réanimation.

Au cours des 3 ans de spécialisation, outre des anesthésies au bloc centre, des gardes au BRR⁽⁴⁾, mes activités se déroulent essentiellement au SAMU de Toulouse. On y mange des plateaux-repas hospitaliers, heureusement, améliorés régulièrement en collaboration avec les réanimateurs de garde au BRR⁽⁴⁾. On y dort dans une petite chambre...

Je fais équipe avec trois autres CES de la même promotion que moi : Annie-Claude Epstein, Denise Mathelin et Jean-Pierre Gaston. Nous sommes

*(4) BRR : Bloc
de Réanimation
Respiratoire*



*(5) CES : Certificat
d'Études Spécialisées*

donc, à tour de rôle, de garde sur place ou d'astreinte à domicile deux semaines sur quatre, ou plus souvent si congés, et nous ne nous plaignions jamais.

Je ne résiste pas pourtant à évoquer mon 1^{er} contact avec l'**anesthésie**.

Je suis en 1^{ère} année de CES⁽⁵⁾, je ne connais rien à l'anesthésie : on m'envoie au bloc centre, endormir un malade pour une intervention sur l'abdomen, les deux anesthésistes du bloc étant débordés. Je m'y présente et je cherche désespérément un anesthésiste. Je tombe, dans les couloirs, sur le Dr M. qui me dit de ne pas m'inquiéter et de faire « Pento-Flax », « ça marchera sans problème ». Puis il disparaît. Grande angoisse!!! Que faire ? J'ai poussé le Pentothal® et le Flaxédil® que j'ai ainsi découverts. Heureusement que j'avais une certaine expérience de l'urgence et de la réanimation ! Et ça s'est bien passé. Et ça a continué à bien se passer dans les stages ultérieurs, notamment en ORL où je me trouvais, et pour cause, loin de la tête du malade en général intubé, en ventilation spontanée et branché à un tube de 1 m de long au bout duquel se trouvait le « ballon d'anesthésie ». Bonjour les espaces morts ! Mais toujours mon expérience de la réanimation me servait et je faisais office de respirateur artificiel.

En fait, je ne suis pas anesthésiste dans l'âme car je n'aime pas mettre des gens, qui n'ont parfois qu'une pathologie bénigne, dans le coma au risque de ne pas les voir se réveiller. Je suis branché réanimation-urgence car c'est là que je pense être le plus utile et que « je m'éclate ». Et j'ai été ravi d'être, pendant mon CES d'anesthésie-réanimation, de garde au SAMU et au BRR de Purpan, même si cela entraînait les contraintes fortes que l'on imagine. Cela m'a permis en effet d'échapper souvent aux gardes d'anesthésie. Nous nous devons pourtant de prêter parfois main-forte à nos collègues des

hôpitaux périphériques. Et c'est ainsi que j'ai fait des remplacements d'anesthésie au CH⁽⁶⁾ d'Auch et à la clinique de Lavaur. Je me souviendrai toujours du Dr K. qui était un vieil anesthésiste aux méthodes ancestrales. Il m'avait fait assister à une de ses anesthésies ; ça m'avait relativement soulagé car j'ai alors pensé que je ne pouvais pas faire pire. Je l'avoue, je me suis toujours « caché » pour les anesthésies et ne pas en faire plus, ce qui n'a jamais été le cas pour les Urgences, le SMUR, le SAMU et la réanimation.

*(6) CH : Centre
Hospitalier*

J'ai du mal à me souvenir de mes **gardes au SAMU** car l'organisation n'était pas aussi stricte que maintenant. En fait, j'ai l'impression qu'il y avait trois ou quatre standardistes dont le père Favrel, un prêtre-ouvrier qui avait atterri là on ne sait comment mais qui était parfaitement intégré et très sympathique. Ces standardistes se relayaient jour et nuit dans le local où se trouvaient tous les appareils de radiophonie et le téléphone. La pièce où se tenaient théoriquement les médecins était une pièce attenante dont la porte était la plupart du temps ouverte. Mais, de fait, il n'y avait pas de ségrégation entre permanenciers et médecins et, régulièrement, ces derniers venaient répondre tantôt à la radio tantôt au téléphone sans se poser de questions. La bonne humeur régnait toujours. Nous étions jeunes. Je pense aussi qu'en dehors de notre jeunesse, notre entrain, notre gaieté et le fait de ne jamais rechigner à la tâche, l'élan et le professionnalisme nous étaient transmis par notre patron direct, le professeur Virenque. Il avait le don de nous communiquer sa passion pour son métier et, pour ce qui me concerne, pour la technique. Ce qui ne gâche rien, il participait activement à l'amélioration de l'ordinaire lors des repas que nous faisions le soir dans l'office du service pendant nos gardes.

Au SAMU, nous participions aussi à une action particulière : les appels de détresse émanant de ba-



teaux qui circulaient sur tous les océans et toutes les mers du globe et qui nous parvenaient via des antennes radio situées à Saint Lys. Ces appels nous paraissaient quelque peu magiques et semblaient venir de l'au-delà. Je me souviens d'un appel de détresse envoyé par le capitaine d'un navire marchand : le Bertrand Delmas. Ce nom est resté gravé dans ma mémoire, allez savoir pourquoi. J'ai donné quelques conseils médicaux et détourné le navire vers le port le plus proche : quel pouvoir !

Lors de mes **interventions SMUR**, j'ai découvert toute la misère humaine.

Je me souviens de cet appel des sapeurs-pompiers, en hiver, pour un début d'incendie avec intoxication possible par fumées. À l'entrée dans l'appartement en sous toit, je découvre une jeune fille d'une vingtaine d'années qui avait été séquestrée toute sa vie par sa mère d'une cinquantaine d'années et qui était recroquevillée, nue, dans un coin de l'unique pièce, apeurée par des humains dont elle ne connaissait pas l'existence. Le sol, comme la paillasse qui servait de lit, était jonché de journaux dont une partie, devant la cheminée, avait commencé à prendre feu dégageant une fumée noirâtre, ce qui avait motivé l'appel des voisins.

Une autre fois, c'étaient les externes qui s'étaient déplacés avec l'estafette auprès d'une dame âgée qui avait fait une perte de connaissance inexplicquée à son domicile. Les voisins avaient contacté le SAMU car la dame ne répondait pas aux appels. J'étais de garde et les étudiants qui ne comprenaient pas bien l'origine du malaise m'avaient appelé en renfort. Lorsque je suis entré dans l'unique pièce qui servait, là aussi, de salon, chambre, j'ai compris en moins d'une minute l'origine du colapsus : la pauvre dame qui vivait dans une crasse immonde était recouverte d'une multitude de puces qui l'avaient littéralement pompée. Le temps de faire le diagnostic, de mettre en place une perfusion

et de commencer à « remplir », je voyais ma blouse se remplir de petites taches noires bondissantes. Je donnai quelques rapides conseils aux étudiants pour la suite des évènements et je bondis, moi aussi, au dehors de l'appartement, en pressant l'ambulancière de vite rentrer au SAMU. Arrivés dans nos murs, nous nous précipitâmes chacun vers sa chambre en jetant nos effets, sans pudeur, tout au long du couloir pour aller vite prendre une douche rarement aussi bienvenue.

À côté de cela, quelques **fous rires mémorables**, certains inoubliables.

Une jeune femme tombe de mobylette Côte pavée à Toulouse. Les sapeurs-pompiers nous appellent et j'accompagne les étudiants dans l'estafette afin de les encadrer. À notre arrivée, nous diagnostiquons un traumatisme crânien avec perte de connaissance : la dame, que nous interrogeons, ne se souvient de rien. Nous terminons l'examen clinique et décidons d'une hospitalisation pour contrôle et surveillance. Mme X nous demande alors : « *mais que s'est-il passé ?* ». Nous le lui avons déjà expliqué mais nous recommençons patiemment : « *votre mobylette a dérapé, vous vous êtes cogné la tête sur le sol* ». Nous démarrons vers Purpan et je reste dans l'habitacle arrière avec la patiente et un étudiant. Cinq minutes s'écoulent et la malade demande : « *mais que m'est-il arrivé ?* ». Je recommence les explications avec quelques variantes pour éviter les répétitions. Les ambulancières et les étudiants commencent à sourire. Et cela recommence toutes les 3 minutes. Et j'en rajoute chaque fois, avec un brin de malice supplémentaire. À tel point qu'au bout d'un quart d'heure tout le monde, y compris la dame qui ne comprend toujours rien, est écroulée de rire. L'ambulancière qui pilote a un mal fou (aussi) à terminer l'ascension de l'avenue de Grande Bretagne. Finalement tout s'est bien terminé pour tout le monde.



Je me souviens plus particulièrement de trois ambulancières qui s'appelaient Casa, diminutif de Casanova, Toutoune surnom d'Antoinette, et Arlette. Elles conduisaient particulièrement bien et de plus elles étaient très efficaces sur le terrain. Par ailleurs, en dehors du sérieux qu'elles exprimaient pendant le travail, elles aimaient bien rire tout comme moi.

Pour faire les transports secondaires, notre ambulance était une Mercedes break très grosse et qui balançait beaucoup dans les virages. Je me souviens qu'à plusieurs reprises j'avais de fortes nausées à tel point que l'on se demandait quelquefois qui était le plus malade du patient qui était dans l'ambulance ou de moi-même. Une fois, nous avons été obligés de nous arrêter au bord de la route car j'étais pris de violents vomissements.

À cette époque, la réanimation dans les hôpitaux périphériques n'était pas très évoluée et nous intervenions parfois pour des motifs futiles : un jour nous sommes allés jusqu'à Rodez pour faire une injection de corticoïde à un enfant qui avait une laryngite et que nous avons laissé sur place pour rentrer dans la foulée.

Très souvent, nous sommes allés dans des hôpitaux ou des cliniques dont les équipements étaient, alors, très limités. C'est ainsi que je me souviens avoir été obligé de mettre, à plus d'une reprise, un malade, qui était en détresse ventilatoire, en travers du lit et de me coucher moi-même sous le lit pour pouvoir intuber le malade dans des conditions particulièrement acrobatiques. Nous nous occupions aussi bien des enfants et des nouveau-nés que des adultes. Par exemple nous sommes partis quelquefois dans des maternités pour ramener des nouveau-nés. Il n'y avait pas d'incubateur sur batterie et nous avons été obligés d'en bricoler certains. Nous avons même fini par opter pour des incubateurs que nous avons fabriqués à partir de coques de polystyrène afin de

préserver au maximum la température du bébé. Par ailleurs, je pense que nous avons permis de faire évoluer aussi les respirateurs artificiels qui étaient à l'époque peu sophistiqués.

Notre moyen de transport préféré, que ce soit pour les transports primaires ou pour les transports secondaires, était l'hélicoptère. Au début nous avions à notre disposition, tout au long de l'année, une Alouette II de la gendarmerie basée à Franczal. Cet appareil n'était pas très commode car il n'y avait pas beaucoup de place. Puis nous avons pu disposer d'une Alouette III de l'ALAT de Pau mais seulement pendant les périodes estivales et les vacances de Pâques. C'était beaucoup plus commode pour tout le monde. Nous avons rapidement fraternisé avec les pilotes dont nous apprécions le dévouement, la volonté et l'habileté.

Je me souviens de trois anecdotes.

La première se déroule alors que nous étions partis pour le centre hospitalier d'Auch dans le Gers par temps de brouillard. Nous volions assez bas mais nous avons été obligés à deux reprises de nous rapprocher du sol pour pouvoir lire les pancartes indiquant la direction d'Auch. Quelle peur !

La deuxième a lieu quand nous sommes allés chercher un malade à Rodez alors qu'il y avait des manifestations anti militaristes ayant pour cible les installations militaires du Larzac. Imaginez notre appréhension lorsque nous avons survolé Rodez et que nous avons appris qu'il y avait ces manifestations contre les militaires alors que nous nous trouvions dans une Alouette III de l'armée. Heureusement, lorsque nous nous sommes posés sur une place près de l'hôpital, la manifestation s'était éparpillée. J'ai quand même récupéré une pancarte laissée là par un manifestant sur laquelle était écrit : « empêchons Debré de braire ». Je l'ai rapportée en souvenir au SAMU.



La troisième aurait pu être dramatique. Nous sommes appelés pour un accident de la circulation près de la nationale 113 dans le sud de Toulouse. Les indications sont peu précises et, par ailleurs, il est assez difficile de repérer un accident depuis le ciel. Nous survolons la nationale 113 à faible hauteur lorsque j'indique brutalement au pilote la présence de l'accident sur notre gauche. Peut-être parce que l'appel avait été quelque peu brusque, le pilote a fait une sorte d'embarquée sur la gauche et a piqué vers le sol pour rétablir l'hélicoptère une vingtaine de mètres du sol. Lors du piqué, tout ce qui était dans l'habitacle, notamment tout notre matériel médical, est monté vers le plafond. Heureusement, j'étais attaché sur mon siège et je n'ai pas bougé mais j'ai senti tous mes organes remonter vers mon extrémité supérieure. Nous avons cependant atterri sans problème et j'ai pu m'occuper du blessé, le mettre en condition et l'emmener en hélicoptère à l'hôpital Purpan. J'étais émerveillé par le sang-froid et la qualité de ce pilotage et je l'ai exprimé à ce jeune pilote qui est depuis devenu un ami. C'est alors qu'il m'a avoué que sa manœuvre avait été quelque peu brusque et que, en fait, l'hélicoptère avait « décroché », pendant un court instant seulement, heureusement. J'ai eu rétrospectivement très peur.

Ces années passées au SAMU et au SMUR de Toulouse ont été pour moi très enrichissantes. Le fait d'être livré à moi-même et de devoir gérer des situations très complexes dans des contextes difficiles m'a appris à réagir très vite, à garder mon sang-froid, en toutes circonstances. Cela m'a énormément servi tout au long de ma carrière professionnelle.

Toute l'équipe du bloc de réanimation respiratoire (BRR) de Purpan était extraordinaire et j'adorais y travailler. Il y avait la rotonde avec ses 10 lits chauds et une aile de soins intensifs « les lits tièdes ». Je participais très régulièrement à la visite du matin

et je guettais tous les faits et gestes des médecins aux qualités exceptionnelles tels que le Pr Christian Virenque, le Dr Marie-Françoise Jorda et le Dr Annie Brouchet, ainsi que des chefs de clinique qui se succédaient (j'ai bien aimé travailler, en particulier, avec Michel Krempf qui était à la fois un excellent clinicien et un homme doté d'un humour irrésistible). J'ai vraiment appris mon métier avec eux tous et cela m'a beaucoup servi par la suite. Les gardes étaient quelquefois très dures mais je les ai toujours prises avec enthousiasme. J'appréciais tout particulièrement la forme en rotonde du bloc de réanimation.

Une anecdote me revient à l'esprit : lors de sa première garde au bloc de réanimation respiratoire, un chef de clinique, le docteur Counillon, a eu une nuit particulièrement difficile. Tous les malades qu'il a eu à manager étaient très lourds et il en a perdu six pendant la nuit sur les 10 que comptait la rotonde. Le lendemain matin de sa garde, il était effondré. Nous lui avons remonté le moral en nous moquant gentiment de sa maladresse pendant cette nuit qui pourtant avait été tragique pour lui. Il n'avait pas eu de chance, c'est tout ! et les malades non plus, hélas !

Baigné dans cette médecine difficile j'ai, encore une fois, appris énormément à la fois sur le plan médical et sur le plan technologique. La réanimation était en plein essor. Il fallait à la fois maîtriser toutes ces machines mais aussi faire preuve de beaucoup d'imagination pour mettre en place des traitements que la haute technologie n'avait pas encore inventés. À titre d'exemple, pour réaliser une pression positive de fin d'expiration, nous intercalions dans le circuit expiratoire un bocal rempli d'eau jusqu'à une certaine hauteur dans lequel trempait un tuyau en inox. Mais combien d'autres exemples existaient encore. Le professeur Virenque était le roi des bricoleurs et ses inventions étaient géniales. Je m'en suis souvent inspiré.



L'été 1974, je croisais le professeur Lareng dans les couloirs du service et il me dit avec son accent rocailleux des Hautes-Pyrénées : « *Contreras, il faut que tu ailles à l'hôpital d'Auch que l'on vient de reconstruire et qui a besoin de toi pour faire fonctionner son service d'urgences* ».

Je n'ai bien sûr pas répondu tout de suite car cette annonce avait fait l'effet d'une bombe. J'habitais à Toulouse avec toute ma famille. Je venais de déménager. Et je travaillais à l'hôpital Purpan au sein d'une équipe extraordinaire et dans laquelle je me sentais bien. J'y voyais mon avenir tout tracé.

Que répondre ?

La décision était très difficile à prendre car brutale. Je ne voulais pas décevoir mon maître Monsieur Lareng et je me suis dit que l'expérience valait la peine d'être vécue. C'était l'occasion de faire mes preuves.

C'est ainsi que je pris mes fonctions le 1^{er} octobre 1974 à l'hôpital d'Auch.

Pratiquement tout était à faire.

Je pense que Monsieur Lareng a dû être content car j'ai réussi la mission confiée. Grâce à ma solide expérience toulousaine, un service d'accueil, un service de réanimation, un SMUR, et un SAMU très lié aux pompiers et aux médecins généralistes seront rapidement opérationnels.

L'anecdote suivante va montrer quelle chance j'ai eue : dans les quelques jours qui ont suivi le démarrage du SMUR, notre véhicule d'intervention dans lequel se trouvait un étudiant en médecine était appelé pour un accident grave de la circulation dans la haute ville d'Auch. Les pompiers qui étaient arrivés sur place avant nous, confirmer la gravité de la situation. À l'écoute radiophonique, au SAMU, je décidais alors de prendre mon véhicule personnel et de me rendre sur les lieux car je craignais que l'étu-

diant ne fût pas suffisamment expérimenté pour gérer la situation. En arrivant sur place, je vis une dame d'un certain âge qui gisait sur la chaussée, inanimée. Elle avait été renversée par un véhicule automobile. Il y avait là les pompiers, la police et un attroupement de badauds qui assistaient à la scène. Tout le monde considérait que la brave dame était décédée. Sa tête était ensanglantée. Elle avait perdu connaissance et ne respirait plus. En fait, j'ai rapidement constaté que son pouls battait encore mais que ses voies respiratoires étaient obstruées. Il m'a suffi de libérer les voies aériennes supérieures et la blessée s'est mise à respirer spontanément. Je l'ai alors ventilée et oxygénée au masque et elle s'est réveillée. Cela a eu un effet extraordinaire sur les badauds qui étaient présents et, parmi eux, un journaliste local. Le lendemain, la presse titrait : « elle était morte, elle est ressuscitée ». Une aubaine pour l'image du SAMU. 99

Le docteur Contreras en renfort du SMUR d'Auch en 1974



CHRISTIAN VIRENQUE

raconte sa chute de vélo



Un 14 juillet, je suis en vacances sur l'île de beauté. Dans l'attente des évènements patriotiques auxquels je suis invité dans l'après-midi, je pars en début de matinée sur cette route en corniche dominant la mer. La promenade est agréable, la circulation est quasi nulle, le silence est intense, le bruit de la mer lointain. Il doit être 11 heures et je suis sur le retour de ma boucle cycliste.

Vers 12 heures ou 13 heures, je me vois allongé dans un lit, dans une enceinte hospitalière un peu comme ex-corporalisé. Des soignants s'affairent autour de moi, puis tout devient flou.

Plus tard, je suis dans un hélicoptère qui m'emporte. Nouveau trou, et c'est le réveil dans une autre enceinte hospitalière plus moderne et plus grande. J'ai alors droit à quelques explications.

J'ai eu un accident de vélo. Mais personne ne peut m'en expliquer les circonstances et mon traumatisme crânien m'a fait tenir de curieux propos. Aux gendarmes consternés, j'ai paraît-il déclaré que mon vélo ne m'appartenait pas !

Le SMUR de Calvi m'a amené à l'antenne médicale d'urgence (AMU) de la cité génoise.

De nombreuses fractures, une conscience, en fait bien altérée par une analgésie efficace font décider mon transport au Centre Hospitalier de Bastia. L'hélicoptère « Dragon 2B » est requis et j'ai droit, à mon arrivée, au grand jeu : scanner etc.

Cette chute a été l'occasion de tester moi-même, l'efficacité de la médecine d'urgence à laquelle j'ai toujours cru passionnément puisque depuis les gendarmes qui m'ont recueilli à quelques mètres



en contrebas de la route jusqu'au Centre Hospitalier de Bastia, en passant par le SMUR de Calvi, tous les maillons de la chaîne ont parfaitement fonctionné et que je m'en suis finalement bien sorti.

Certes, un laps de temps de ma vie a été gommé et c'est très frustrant. Mais j'ai retrouvé mes balades à vélo. C'est la vie. Et ça n'a pas de prix. ”



*L'équipe du SAMU autour
de Louis Lareng en 1980*



*L'équipe du SAMU autour
de Christian Virenque en 2002*



*L'équipe du SAMU autour de Jean-Louis Ducassé en 2016
à l'occasion d'un moment de convivialité lors du départ du Dr Christophe,
du Dr Ducassé et du Dr Villacèque*



*L'équipe du SAMU autour
de Vincent Bounes en 2017*



8 QUESTIONS
POSÉES AUX
4 CHEFS
DE SERVICE
QUI SE SONT
SUCCÉDÉS EN
UN DEMI-SIÈCLE
AU SAMU 31

QUESTION N° 1

Quel est votre plus ancien souvenir concernant l'urgence médicale ?

LOUIS LARENG

Dans les souvenirs de l'urgence médicale, il en est un qui me vient à l'esprit. Il traduit le nécessaire consensus qui a paru essentiel pour la création du SAMU, entre différents acteurs de l'urgence travaillant jusque-là séparément.

Louis Lareng raconte alors son meilleur souvenir (cf. question et réponse 2).

CHRISTIAN VIRENQUE

J'ai 18 ans. Je conduis ma 2CV en route vers l'Aveyron pour des vacances.

Quelques kilomètres après Montastruc, j'assiste pratiquement en direct à une collision de voitures ; les véhicules sont totalement disloqués. Plusieurs voitures s'arrêtent, la route est quasiment obstruée. Totalement incompetent, je ne m'intéresse pas aux blessés.

Le moteur d'un des véhicules tourne encore, de l'essence s'écoule sur la chaussée.

Ce risque d'incendie, me saute aux yeux.

Je coupe le contact du véhicule et attends les secours qui mettent beaucoup de temps à arriver.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

Ma première garde d'externe en SAMU en 1975 : extraordinaire sentiment de pratiquer la médecine dans des endroits où je n'étais jamais allé ; durant ma première garde, je suis allé ainsi à la geôle du Commissariat du Rempart Saint-Étienne, au Palais de Justice dans le bureau d'un juge d'instruction, dans la salle des coffres d'une banque... et chaque fois la nécessité de pratiquer la médecine d'urgence était une réalité dans des endroits inadaptés.

VINCENT BOUNES

Mes souvenirs les plus anciens remontent à mes gardes d'externe dans le service d'accueil des urgences de Purpan. J'ai vraiment aimé cette

ambiance, cette tension, cette humanité, cette efficacité... Mais mon souvenir « ancien » vraiment marquant reste le 21 septembre 2001, date à laquelle l'usine AZF a explosé. J'étais externe des hôpitaux, en pleine période de vendanges, en apprenant l'explosion je suis venu proposer mes services au SAMU 31. Ils n'avaient pas besoin de moi, mais je reste marqué par l'implication et l'humanité de ces hommes et femmes.

QUESTION N° 2

Quel est votre meilleur souvenir de médecine d'urgence ?

LOUIS LARENG

Il y a plusieurs années, à quelques minutes du réveillon de Noël, le SAMU fut appelé pour un grave accident de voiture sur le pont Saint Michel. Je pris la direction de la partie médicale de l'équipe de secours qui comprenait les sapeurs-Pompiers, le SAMU, la police. Sans la complémentarité des compétences et la mutualisation de tous ces moyens sur le lieu de l'accident, un blessé serait décédé. Il relevait d'une difficile manœuvre de désincarcération. Une anesthésie adaptée était nécessaire pour le libérer de la tôle. L'intervention, au moindre mouvement était bloquée par la douleur. Elle a duré 2 h 30. Le malade a été sauvé. Son sauvetage, il le doit à la police qui a permis d'intervenir dans le calme, aux sapeurs-pompiers qui ont désincarcérés avec précautions, au SAMU qui a supprimé la douleur et réanimé en permanence jusqu'à son hospitalisation. La formule qui était la ligne de conduite de l'ensemble de cette équipe fut respectée, du « *pied de l'arbre à l'hôpital, c'est l'humain qui passe avant tout : pour cela il faut vivre l'urgence* ».



(7) VL : voiture légère

CHRISTIAN VIRENQUE

Nous avons entrepris la réalisation d'un film sur le polytraumatisé et avec l'équipe de prise de vue, nous attendons l'occasion de saisir « en live » des images authentiques.

Dès le 2^e jour, les circonstances nous sont favorables : une voiture quitte la route à une trentaine de kilomètres de Toulouse, il y aurait un blessé grave...

C'est la VL⁽⁷⁾ du SMUR qui intervient pour cet accident, l'équipe « film » suit dans un autre véhicule.

Effectivement la caméra peut saisir le « grand jeu » SMUR : intubation, macromolécules, analgésie et les talents des secouristes : désincarcération grand style.

L'arrivée au centre de la rotonde montre la prise de relais : respiration artificielle, transfusion etc.

En quelques heures, c'est l'hépatectomie d'hémostase puis la trépanation pour un hématome extradural.

Les suites opératoires sont « exemplaires ».

La réanimation hydro-électrolytique et nutritionnelle qui est conduite est orthodoxe...

La rééducation ne pose aucun problème ; elle est filmée dans un deuxième temps...

Le film est dans la boîte.

Un an plus tard, il est présenté à l'auditorium de l'Université Paul Sabatier en présence du blessé ; on lui offre une copie du film, et à l'occasion d'un festival du film médical, notre film reçoit une récompense qui me va droit au cœur ainsi qu'à toute notre équipe.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

La réanimation cardio-pulmonaire réussie d'une femme âgée qui était « parée » des signes extérieurs de la mort : allongée sur son lit, mains jointes, chapelet, bougies, bande autour

de la tête tenant le menton... me permettant de voir que la médecine doit savoir aller au-delà des apparences.

VINCENT BOUNES

Difficile à dire, il y en a plusieurs. Des accouchements, toujours un grand moment de pur bonheur, mettre au monde un enfant est pour moi un challenge et une grande satisfaction. Mon intervention la plus marquante fut sans doute une prise en charge d'un jeune homme place du Capitole un soir de match de rugby, pour plaie sous xyphoïdienne à l'arme blanche. J'ai fait le diagnostic de tamponnade par plaie cardiaque à l'échographie, nous avons pu arriver juste à temps au bloc de chirurgie cardiovasculaire. Mon souvenir est que nous avons littéralement volé sur la route, avec un patient qui me demandait toute mon attention... Mais il fut guéri sans séquelles, je n'y croyais pas.

QUESTION N° 3

Quel est votre pire souvenir de médecine d'urgence ?

LOUIS LARENG

Des souvenirs de mes nombreuses interventions, certains d'entre eux me sont pénibles. Ce sont ceux qui me rappellent que l'on n'a pas pu réanimer malgré un déploiement d'un monitoring très soutenu. C'est le cas du risque encouru par les comas dépassés dont peuvent être victimes les accidentés ainsi que tout arrêt cardiaque. Nous éprouvions une grande fatigue voire même un épuisement moral car nous le ressentions comme une grande défaite dans notre combat contre la mort. Notre fort désir de sauver des vies reprenait heureusement très vite sa vigueur. De grands progrès scientifiques se réalisent sur ce point.



CHRISTIAN VIRENQUE

Mon inculpation pour homicide involontaire après le décès d'un patient qui a reçu une injection de Droleptan® au cours de son transport du commissariat à l'hôpital.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

L'annonce à la fille de cette femme âgée que sa maman n'était pas tout à fait morte et pas tout à fait en vie... me permettant de voir que la médecine d'urgence comme la médecine en général n'est pas une science exacte mais une science humaine faite plus de doutes que de certitudes. Et face à l'incompréhension totale de sa fille face à mon action, mon malaise, croissant et devenant extrême, d'avoir « chamboulé » ce qui paraissait un ordre établi n'a disparu que quand cette femme âgée a été définitivement sortie d'affaire suite à son intoxication médicamenteuse volontaire.

VINCENT BOUNES

Le décès d'un patient, malgré une prise en charge que j'estimais optimale. Toute l'équipe a été secouée ce jour-là, parce que le patient se sentant mourir nous a demandé de l'aide, et que malgré toute notre attention, nous n'avons pas pu la lui apporter. J'ai vraiment senti mes limites, qu'on devait rester humble, toujours, humain et empathique.

QUESTION N° 4

Quels ont été à Toulouse les freins et les alliés qui sont intervenus à propos de la médecine d'urgence ?

LOUIS LARENG

Le premier frein de toute innovation, c'est la culture. L'innovation est d'abord dépendante d'un changement d'habitudes de vie, cela se comprend, car il est nécessaire à l'interlocuteur de s'approprier la solution proposée alors qu'elle n'a pas encore prouvé son efficacité. Ce changement peut également susciter des craintes par rapport à des conditions de vie et de travail. Quoi qu'il en soit, il semble que les Toulousains ont très vite adhéré à nos propositions. Ils ont très vite compris que nous œuvrions pour élargir le tracé des lignes jaunes inadapté à notre époque. Ils ont jugé que cela était possible à obtenir et que nous n'étions pas dans une voie aveugle de promesses impossibles à réaliser. Nombreux ont fait connaître publiquement cette position : le CHU, les centres hospitaliers, des membres de l'administration régionale et centrale parmi lesquels René Coirier, chef de bureau au Ministère de la Santé, la presse écrite et parlée, des personnalités telles le Général commandant la légion régionale de la Gendarmerie nationale et du Directeur de la Police départementale. Une preuve d'un appui total de la ville de Toulouse a été l'autorisation d'expérimenter le SAMU quotidiennement dans un temps limité de 17 h à 19 h. Il y avait des oppositions très marquées ; elles se sont très vite ralliées. Il a fallu cependant la loi du 6 février 1986 dont j'ai été le rapporteur, pour que soit créé le SAMU sur tous les départements français. Puis-je rappeler qu'au CHU de Toulouse, il avait été mis en place en 1968.

Au pied de l'arbre, il introduisait dans la pratique le principe du Dossier médical partagé.



CHRISTIAN VIRENQUE

Les décideurs administratifs et médicaux qui nous présentent comme des cow-boys dégai-neurs de cathlon ou des gamins qui font joujou avec leur SAMU, train électrique mais aussi les jaloux de notre efficacité qu'ils trouvent trop médiatisée n'ont pas facilité le développement de l'urgence.

Des médecins, des directeurs, des infirmières, des secouristes et surtout des journalistes lucides ont largement soutenu nos efforts.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

À mon sens il n'y a rien de spécifique à Toulouse. Le frein est la non-acceptabilité des médecins urgentistes par le reste de la communauté médicale (hors SAMU). L'avenir sera meilleur quand un médecin urgentiste qui aura accueilli une personne avec une douleur abdominale et aura diagnostiqué un syndrome appendiculaire verra son malade admis dans un service de spécialité sans que le chirurgien ne vienne vérifier le diagnostic de son confrère. Au-delà de la médecine d'urgence au sens premier du terme, Toulouse a eu la chance d'avoir une culture de l'urgence avec des enseignants de qualité (Ch. Virenque, B. Cathala) sans oublier la médecine de catastrophe que leurs successeurs essayent de maintenir.

VINCENT BOUNES

Étant un jeune médecin, j'ai peu d'opinions concernant le passé de la médecine d'urgence toulousaine. Je crois qu'elle a pu se développer grâce à des médecins passionnés, charismatiques, qui ont, au-delà des générations, porté le flambeau et l'ont transmis. Ce sont ceux que je reconnais comme mes maîtres, au sens Hippocratique du terme.

QUESTION N° 5

Quelle spécialité (anesthésie, réanimation, urgence, télé-médecine) vous a apporté le plus de satisfaction ?

LOUIS LARENG

Il m'est difficile de choisir dans les spécialités, celle qui m'a donné le plus de satisfaction : anesthésie, réanimation, urgence ou télé-médecine. En effet, au CHU de Toulouse, les anesthésistes sont devenus très vite des anesthésiste-réanimateurs, des urgentistes, et souvent novateurs dans cette nouvelle pratique médicale qu'est la Télé-médecine.

Sans réserve, je suis fidèle au proverbe paysan : « N'oublie pas qui t'a fait roi ». La spécialité qui m'a donné le plus de satisfactions, c'est l'anesthésiologie qui m'a introduit dans le monde des spécialités. C'est cette discipline qui est à l'origine du plus grand nombre de postes créés à travers le monde en médecine que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé.

CHRISTIAN VIRENQUE

L'urgence à coup sûr car c'est celle qui est quasi constamment et macroscopiquement la plus efficace.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

En premier, la réanimation où le contact avec le patient et son entourage est essentiel... En second, la médecine d'urgence où le sentiment d'utilité est majeur... mais limité dans le temps.

VINCENT BOUNES

Pour moi, très difficile de tronçonner les facettes de mon métier. Je me sens finalement moins « anesthésiste », puisque je n'exerce pas en bloc opératoire. Mais l'apport de ma première spécialité est inestimable, tant dans la rigueur propre à l'anesthésie, et à la réanimation, que dans l'expérience clinique et l'expertise technique qu'elle procure. Je dirai que ma satisfaction est entière, dans l'exercice multifacettes de la médecine d'urgences.



QUESTION N° 6

La médecine d'urgence à Toulouse est-elle, d'après vous meilleure qu'ailleurs en France et dans le monde ? Quels sont ses points faibles et ses points forts ?

LOUIS LARENG

Tous les médecins qui, à Toulouse pratiquent l'urgence sont enthousiastes et s'investissent avec cœur. Ils sont combatifs sur le terrain et avec le temps qui ne cesse de voir les services d'urgence augmenter leurs activités, ils conservent leur engouement qui force l'admiration. À les voir à l'œuvre, il est logique de penser que nous bénéficions d'un excellent service d'urgence qui peut concourir dans le peloton des meilleurs. Il est normal que dans l'intérêt des patients j'abonde ouvertement dans ce sens. Mes élèves qui m'ont succédé au SAMU de Toulouse, le Professeur Christian Virenque et le Docteur Jean-Louis Ducassé ont contribué à continuer à fortifier et amplifier cette réputation.

Force est d'admettre que les urgences à Toulouse bénéficient de constructions renouvelées et adaptées aux besoins. Le SAMU en a été l'élément catalyseur. Les investissements ont accompagné dans le temps les besoins par rapport au nombre des entrées, en appareils médicaux (respirateurs, poumons d'acier) et chirurgicaux etc. Des médecins et des chirurgiens de très grande qualité ont été et sont responsables des services d'urgence médicale et chirurgicale. Leur action bénéfique pour compléter dans les établissements l'acte du SAMU hors hôpital s'avère indispensable et très efficace.

Nous sommes dans une spirale exponentielle du nombre d'entrées que seule l'organisation territoriale sera en mesure de régler. Il faut à tout prix que le SAMU puisse hospitaliser en direct dans des services spécialisés. C'est une démarche à conforter et à amplifier pour améliorer l'accueil des urgences.

Il s'agit d'une orientation courageuse à prendre dans la rénovation de l'organisation des services de santé.

Les SAMU qui détiennent la régulation et l'orientation des urgences dont ils s'acquittent avec compétence, demandent des personnels, des constructions de locaux de services d'urgence car ils manquent de places et sont en surcharge de travail pour leur personnel. La puissance morale des personnels de santé reste un élément fort qui concourt à faire face au problème général d'une insuffisance de professionnel de santé sur le territoire. L'urgence hospitalière demande aussi et cela est important une prise en charge de qualité qui intègre la trajectoire du malade et du blessé..., dans une logique territoriale extra et inter-établissements. La Télé-médecine sera à la base des points forts pour le déclouonnement et pour l'incitation à la généralisation du Dossier médical partagé. Ne restera-t-elle pas dans l'histoire, d'après l'avis de nos sociétés scientifiques, le paradigme du Dossier médical personnel ?

CHRISTIAN VIRENQUE

Toulouse cumule tous les types de médecine et de télé-médecine d'urgence. Son ancienneté de savoir-faire en matière de médecine hélicoptérée, en milieu hostile et en situation de catastrophe mais aussi dans l'évaluation qualité, place la médecine d'urgence toulousaine dans le peloton de tête européen.

La performance dans le domaine médico-social et psychologique reste à améliorer.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

Difficile de répondre : quels peuvent être les critères de jugement de comparaison ?

Ses points forts :

- Historiquement, une bonne transition de l'anesthésie réanimation et de la médecine interne vers la médecine d'urgence.



- Actuellement, une bonne entente entre la médecine d'urgence pré-hospitalière et l'accueil des urgences.

Ses points faibles :

- L'incapacité jusqu'à ce jour d'avoir su promouvoir le côté universitaire de la médecine d'urgence : un seul hospitalo-universitaire titulaire, pas de postes de chefs de clinique...
- La non présence des urgences pédiatriques dans le pôle de médecine d'urgence au CHU de Toulouse.

VINCENT BOUNES

Elle se situe certainement en tête de la médecine d'urgence à l'échelle mondiale. J'ai une expérience de la médecine d'urgence aux USA, et nous n'avons rien à leur envier, à mon sens. Les points forts de la médecine d'urgence sont probablement son histoire et sa mémoire, sa recherche d'excellence, ses hommes et femmes passionnés et le développement exponentiel de la recherche et les publications internationales.

QUESTION N° 7

N'est-elle pas fragile et menacée par les contraintes financières, l'usure physiologique des acteurs après l'engouement initial ?

LOUIS LARENG

La médecine d'urgence est certainement menacée par des contraintes financières. Afin de les régler de façon pérenne, il est indispensable que l'on ajuste les besoins par rapport à une organisation territoriale intégrée dans le parcours de soins. Jusqu'à maintenant, nous avons vécu la médecine d'urgence telle le SAMU, comme un service annexe. Il a fallu avoir recours durant la croissance du SAMU à des recrutements et des budgets dédiés. Dans les perturbations sociétales qu'entraînent les technologies de l'information et de la communication, il est important que par la volonté de l'état de rénover l'organisation de la santé en France, on intègre

les urgences y compris le SAMU dans cette modernisation souhaitée du parcours de soins.

« À l'hôpital hors des murs, à la création du SAMU, il nous faut évoluer, par la télémédecine, vers un hôpital sans les murs. »

À l'engouement initial de nos collègues, des modifications seules sans organisation ne peuvent résoudre les problèmes posés. Elles sont susceptibles d'entraîner une usure morale par une impression d'impuissance face aux risques encourus sur le terrain.

Des initiatives pourront je l'espère améliorer cette situation telles que l'espace numérique régionale de santé, le Dossier médical partagé, etc.

CHRISTIAN VIRENQUE

Toulouse a su trouver des montages financiers avantageux pour l'hélicoptère et le CESU⁽⁸⁾.

Soyons imaginatifs...

Diversifier les activités des urgentistes dans les nombreux secteurs d'activité en préservant leur polyvalence. Pour l'avenir, il faut lisser les effectifs sur une période de temps au-delà d'une demi-génération.

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

Personnellement je ne crois pas à l'usure physiologique mais plutôt à l'acceptation par la « nouvelle génération » des textes sur le temps de travail qui complique l'adhésion et la réponse aux contraintes de la médecine d'urgence et son activité en temps continu.

Les contraintes financières ne sont que la conséquence des choix stratégiques de nos gouvernants vis-à-vis de la médecine d'urgence : soit elle est le pivot de la permanence des soins et elle aura des moyens, soit ceci est dédié à la médecine libérale de ville et la médecine d'urgence aura bien à subir des contraintes financières.

*(8) CESU : Centre
d'Enseignement des
Soins d'Urgence*



VINCENT BOUNES

Je ne crois pas. Étant jeune, je suis forcément un peu plus optimiste, je pense qu'il y aura toujours des acteurs motivés et dynamiques, qui sur l'exemple des pionniers de la médecine d'urgence, sauront porter le flambeau. Maintenant, en ces temps de crise et de restriction budgétaire, nous devons tous être vigilants pour apporter le meilleur soin au coût le plus juste pour nos patients.

QUESTION N° 8

La médecine d'urgence augmente la quantité et la qualité de vie. Si elle est appliquée et optimisée dans tous les pays du monde, va-t-on vers un paradis ou une surpopulation violente et affamée ?

LOUIS LARENG

Je répondrai que, par rapport au paradis, les progrès médicaux tendent à mieux soigner et à mieux vivre ne peuvent nous offrir le bonheur que s'ils peuvent s'appliquer à toute l'humanité et même au-delà. Cela est indissociable de notre volonté de recherche et des applications. C'est dans cette dynamique que nous avons intégré un esprit d'éthique et de déontologie qui nous impose une conduite morale qui ne peut tolérer que l'humanisation permanente qui nous habite ne saurait se soumettre à la rigueur aveugle de la technologie.

CHRISTIAN VIRENQUE

Rien n'empêche l'urgentiste de s'investir dans la médecine humanitaire, l'action sociale, syndicale, associative ou politique pour limiter ou faire reculer la misère, la famine...

JEAN-LOUIS DUCASSÉ

Je pense que l'augmentation de l'espérance de vie (et de qualité !) est essentiellement liée à des facteurs extérieurs à l'acte médical : la génétique, l'hygiène, l'alimentation, la salubrité. Il est classique de chiffrer la part de la médecine dans cet accroissement de la longévité

à environ 20 %. Au sein de ces 20 %, il est par contre évident que la médecine d'urgence permet de lutter contre les effets négatifs de notre « société de consommation » : maladies cardio et neuro vasculaires principalement.

VINCENT BOUNES

L'espérance de vie ne peut que croître. La vraie cause de la surpopulation mondiale réside, à mon avis, dans la non maîtrise du contrôle des naissances. Il faut une action d'éducation sanitaire internationale en matière de contraception.

**1968, le SAMU 31 est déjà
à la pointe du progrès,
expérimentant la télé-médecine...**





En 2018,
le SAMU 31 utilise ses nouveaux outils,
c'est un SAMU 3.0.

The background features a series of thin, light blue curved lines that sweep from the top left towards the bottom right. On the right side, there is a cluster of overlapping, semi-transparent rectangular blocks in various shades of blue, orange, and red, creating a sense of depth and movement.

Ces souvenirs ont été recueillis
par le Professeur Christian Virenque
en 2011, pour la réalisation de son livre
« une vie au service de l'urgence ».

NOVEMBRE 2018

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE