



Chapitre 37

Histoire et évolution du secours en montagne

F. ROCOURT

Points essentiels

- La montagne constitue un vaste terrain d'aventures et de liberté : après l'ascension du Mont-Blanc le 8 août 1786, l'alpinisme se développe, et avec lui les secours s'organisent lentement.
- Noël 1956 un drame se joue, deux alpinistes décèdent : à la suite de cet accident, le secours se professionnalise, les ordonnances de 1958 définissent le cadre du secours.
- Le début des années 1970 voit la survenue d'évènements dramatiques aussi bien dans les Alpes que les Pyrénées : les premiers médecins participent à la médicalisation des secours de façon d'abord occasionnelles puis les permanences se structurent peu à peu.
- Les années 1980 voient la médicalisation s'affirmer : la loi de 1986 et son article 2 justifie l'engagement des médecins.
- Au début des années 1990 sont créés les diplômes universitaires de médecine en montagne à Bobigny, à Toulouse et Grenoble (plus axés sur les secours). Parallèlement, l'Association Nationale des Médecins et Sauveteurs en Montagne, qui regroupe bon nombre de médecins du secours en montagne voit le jour.

Correspondance : Docteur F. Rocourt – Association Nationale des Médecins du Secours en Montagne (ANMSM)

Docteur France Rocourt – 461, chemin de la Veyrie, 38330 Saint-Nazaire-lès-Eymes.

Tél. : +336 80 40 06 74.

E-mail : Francerocourt38@gmail.com

- À partir des années 2000, l'explosion des différents modes de pratique en montagne conduit à la multiplication des interventions. En 2003, les diplômés de Toulouse et Grenoble se regroupent en un diplôme interuniversitaire (le DIUMUM), la médicalisation à la française rayonne à l'international.
- Actuellement la médicalisation en montagne à la française se décline au niveau international. Notre mode de médecine préhospitalière, les entraînements spécifiques, les études scientifiques, mais aussi la richesse des échanges humains font de la médecine de secours en montagne une discipline au sein de la jeune spécialité de médecine d'urgence.

1. Introduction

La montagne, terrain d'aventures et de liberté génère des accidents, des pathologies médicales depuis qu'elle est fréquentée.

L'histoire de la médicalisation du secours en montagne, émaillée d'événements parfois dramatiques a ancré la nécessité d'une présence médicale sur le terrain dès que les lésions l'imposent et lorsque les conditions de sécurité le permettent.

2. Comment en sommes-nous arrivés là ? C'est ce que nous allons essayer de comprendre (1)

Le premier accident notable est celui survenu en 1820 à la caravane du Docteur Hamel partie pour l'ascension du Mont-Blanc : une avalanche provoque le décès de 3 alpinistes.

Dès la fin du 19^e siècle, les accidents se multiplient à mesure que l'activité en montagne se développe. Face à la dureté du milieu et grâce à la solidarité montagnarde, les sociétés de secours en montagne se structurent et s'organisent en regroupant les professionnels et les bonnes volontés locales. C'est ainsi qu'en 1897 les Haut-savoyards et genevois fondèrent à Collonge sous Salève la Société des sauveteurs volontaires du Salève. Peu après, des pionniers Grenoblois créèrent en 1910 le comité dauphinois de secours en montagne. À Chamonix, les secours étaient confiés à la compagnie des guides par l'intermédiaire du Comité chamoniard de secours en montagne créé en 1929, qui deviendra en 1948 la Société Chamoniarde de Secours en Montagne.

C'est en 1928, au Néron dans la banlieue grenobloise que l'on retrouve la trace d'un médecin en secours en montagne : le Docteur Marcel Couturier apporte du « réconfort » à une victime. Un autre précurseur : le Docteur François Florence, est connu pour avoir prodigué de multiples conseils et participé à de nombreux sauvetages comme celui d'Émile Voltram à l'Olan ou est témoin d'un début de la médicalisation.

La fin des années 1950 voit arriver l'hélicoptère en secours en montagne : le premier lieu d'implantation d'une base sécurité Civile sera Grenoble en juillet 1957 suivi par le premier secours en montagne le 14 juillet de la même année. En 1962 une Alouette II prend la permanence à la gravière Cachet à Taconnaz. La gendarmerie participe elle aussi dès 1957 au secours dans le massif du Mont-Blanc. Grâce à l'hélicoptère, les heures deviennent des minutes. Les alouettes II sont bientôt remplacées par des Alouettes III.

3. Les années 1970 (2)

Elles amènent les précurseurs, créateurs des SAMU comme les professeurs Lareng dans les Pyrénées et Stieglitz dans les Alpes à conduire les secours médicaux auprès des blessés. Des accidents dramatiques les confortent dans cette vue des événements.

3.1. Dans les Alpes

En 1970, à Val-d'Isère une avalanche envahit un centre UCPA à Val-d'Isère causant la mort de 39 stagiaires et plusieurs dizaines de blessés.

Dès 1971, une permanence bénévole est installée au GMUR (devenu SAMU 38) les dimanches et jours fériés durant l'été. Cette démarche a été validée par la préfecture de l'Isère : 3 médecins y ont participé, Paul Stieglitz, Pierre Girardet et Alain Charignon. Ce sont trois montagnards avertis, guides de haute-montagne pour deux d'entre eux. Dès l'automne, les docteurs Menthonnex (futur directeur du SAMU 38) et le Professeur Stieglitz incitent les stations de sport d'hiver à s'équiper en matériel de réanimation.

En novembre 1979, un premier stage médical est organisé à l'initiative du SAMU 38, de la FFM et de l'ENSA.

Dans la vallée de Chamonix, la médicalisation des secours est organisée avec la même dynamique sous l'impulsion du Docteur Jacques Foray de l'hôpital de Chamonix. La médicalisation des secours démarre en 1975 par la participation de médecins généralistes, de stagiaires internes, exceptionnellement de médecins anesthésistes-réanimateurs tous sont de bons alpinistes épaulés par les médecins de l'EMHM.

Devant le besoin de médecins, l'armée affecte des médecins du contingent à partir de 1975 à Chamonix, Briançon, Saint-Jean-de-Maurienne. Le premier médecin affecté au PGHM de Chamonix est le Docteur Claude Nédelec.

3.2. Dans les Pyrénées (3)

En mars 1970, le calvaire de Bernard Baudéon sur une paroi des aiguilles d'Ansabère en vallée d'Aspe mène lui aussi à la prise de conscience de l'utilité de la médicalisation des secours.

Cette initiative revient à 4 médecins aidés par le SAMU 65.

Durant l'été 1973 à Gavarnie, une garde est dédiée au secours en montagne et à la médecine générale de ce village envahi par les touristes.

Comme dans les Alpes, des médecins du contingent sont affectés au secours en montagne.

En juin 1976, au colloque « médecine montagne » organisé par la FFM trois communications présentées par Lareng, Foray, Stieglitz relatent les réalisations respectives de Toulouse-Tarbes, Chamonix Mont-Blanc et Grenoble.

4. Les années 1980 : la médicalisation des secours s'affirme pleinement

4.1. Dans les Alpes

En 1984 : création de l'unité médicale hélicoptérée (UMH) de l'Alpe d'Huez suivie l'été 1988 par l'ouverture de cette permanence à La Bérarde.

Dans la vallée de Chamonix, l'équipe se renforce, à partir de 1985 les médecins affectés au PGHM travaillent aussi à l'hôpital, les médecins de l'EMHM participent eux aussi aux secours. Des travaux en particulier comme la Thèse de Thierry Guihard en 1984 « rôle du médecin dans la médicalisation du secours en montagne dans le massif du Mont-Blanc » essaient de préciser les rôles de chacun.

En 1987, le Docteur Bernard Marsigny anesthésiste-réanimateur à l'hôpital de Chamonix rejoint l'équipe et contribue à l'organisation du secours dans le massif de Chamonix.

Il sera rejoint par le Docteur Emmanuel Cauchy lui-même guide de haute-montagne.

4.2. Dans les Pyrénées

Les médecins s'investissent de plus en plus comme par exemple le Docteur Théas qui dès 1982 organise les recyclages des pisteurs secouristes des Pyrénées et de la principauté d'Andorre.

5. La fin des années 1980 et les années 1990

Cette période constitue une phase charnière dans l'organisation de la médicalisation du secours en montagne concomitante à l'augmentation de fréquentation du milieu montagnard.

5.1. Différentes formations voient le jour dans les facultés de médecine

En 1984, à Bobigny (Paris) sous la direction du Professeur Richalet, animé par le Docteur Rathat se crée le diplôme de médecine de montagne. Cette formation accorde une large place à la physiologie de la haute altitude.

En 1990, à Toulouse au sein du SAMU 31 dirigé par le Professeur Virenque, se met en place le DUMUM : Diplôme Universitaire de Médecine et Urgences en Montagne coordonné par le Docteur Batut et rejoint par le Docteur Mengelle.

En 1991 à Grenoble, le Professeur Girardet lui-même guide de haute-montagne met en place le DUMSM : Diplôme Universitaire de Médecine et Secours en Montagne, enseignement analogue à celui de Toulouse. Il sera rejoint par le Docteur France Rocourt en 1992, celle-ci en assure l'organisation et la coordination.

Ces deux dernières formations sont destinées aux médecins urgentistes ou anesthésistes-réanimateurs qui souhaitent intégrer les gardes de secours en montagne, aussi à ceux qui travaillent dans les stations de sport d'hiver ou encore qui partent accompagner les expéditions lointaines.

Ces séminaires d'enseignements conduisent à conventions et des partenariats avec les acteurs, techniciens du secours en montagne : gendarmerie, CRS, hélicoptères d'état : sécurité civile et gendarmerie. Elles permettent de souder les liens entre les différents acteurs du secours en montagne.

5.2. Parallèlement à ces enseignements, le 1^{er} mars 1990 l'ANMSM (Association Nationale des Médecins du Secours en Montagne) est créée à Grenoble à l'initiative du Docteur Ledoux, présidée par le Docteur Joyeux rapidement relayé par le Professeur Girardet

Le but principal de cette association est de développer et d'améliorer la qualité du secours en montagne et sur des terrains spécifiques tels que la spéléologie, le canyoning ou dans des zones exigeant des moyens spécifiques.

Les moyens de cette association constituée de médecins passionnés sont :

- la réalisation et la publication de toutes études et recherches médicales techniques, administratives, financières ou autres liées au secours en montagne ;
- l'organisation de cours, conférences, congrès et la participation à toutes manifestations de même nature en France ou à l'étranger ;
- la diffusion, l'édition de livres et documents ;
- la participation éventuelle à toutes réunions de concertation avec les pouvoirs publics ou toute organisation portant sur l'organisation du secours en montagne ;
- l'acquisition de matériels médicaux, techniques, ou autres mis à la disposition des participants au secours en montagne.

5.3. Les gardes dédiées au secours en montagne se multiplient ou se pérennisent, les centres hospitaliers se mobilisent par l'intermédiaire des SAMU et SMUR aussi bien dans les Alpes et les Pyrénées

En effet en 1992, l'armée se désengage mais les SAMU prennent le relais.

Dans les Alpes à Chamonix, Annecy pour la Haute-Savoie ; à Grenoble et l'Alpe d'Huez (7 mois sur 12) pour l'Isère, à Saint-Jean de Maurienne et Courchevel pour la Savoie, à Briançon pour les Hautes-Alpes à Jausiers puis à Dignes pour les Alpes de Haute-Provence, à Canne pour les Alpes-Maritimes.

Dans les Pyrénées à Tarbes avec son détachement à Gavarnie en saison estivale et les SMUR de la chaîne pyrénéenne se rendent disponibles.

Quelques personnages marquants intègrent les pools de garde :

- à Briançon : Le Docteur Lanaspres d'abord appelé du contingent en 1986 bénéficie de la création d'un poste dédié au secours en montagne au CH de Briançon. Il sera rejoint par le Docteur Pierre Muller à la fin des années 1990. Ces deux médecins sont aussi guides de haute-montagne ;
- à Courchevel en 1998, le Docteur François Albasini, passionné de montagne intègre le pool de garde à Courchevel ;
- à Chamonix : le Docteur Moracchioli intervient depuis 1999 et sera guide de haute montagne en 2005 ;
- à Tarbes, le Docteur Girard intervient depuis 1994 et coordonne le SMUR montagne à partir de 2003 ;
- à Grenoble, 2 postes sont créés dont bénéficient les Docteurs Koch et Sécheresse ;
- à Annecy, le Docteur Savary participe et organise les gardes.

6. Les années 2000

6.1. Évolution des hélicoptères

En 2003, la fidèle Alouette III prend sa retraite après avoir sauvé plusieurs milliers de vies humaines. Elle est remplacée par l'EC 145, hélicoptère moderne plus performant, beaucoup plus rapide possédant un treuil dont la longueur de câble est de 90 mètres mais surtout pour les médecins l'habitacle est beaucoup plus vaste et permet de mieux travailler à bord.

Le bénéfice médical de cette médecine préhospitalière embarquée commence à être étudié (4-6), validant le bien-fondé de cette démarche de médicalisation de l'avant et le légitimité des « flyings doctors ».

6.2. Une formation reconnue : le DIUMUM

L'enseignement de la médecine et des urgences en montagne fait le plein de candidats dans toutes les facultés, des médecins d'autres pays francophones participent à ces sessions : italiens, suisses, canadiens.

En 2003, les facultés de Toulouse et Grenoble toutes deux impliquées directement dans le secours en montagne qui constitueront le DIUMUM : Diplôme Inter Universitaire de Médecine et Urgence en Montagne. Aujourd'hui, cette formation s'étale sur deux années universitaires avec 4 modules de 5 jours chacun :

- les fondamentaux ;
- spéléologie, canyon ;
- montagne hivernale ;
- haute-montagne.

Un mémoire termine cet enseignement qui se déroule essentiellement sur le terrain par tous les temps.

Parallèlement aux formations universitaires l'ANMSM prend son essor : petit à petit elle est reconnue par les instances en charge du secours en montagne :

- gendarmerie : signatures de conventions pour l'encadrement du DIUMUM et pour amener la médecine aux sauveteurs ;
- CRS partenariat avec les spécialistes du secours ;
- CISA-IKAR : l'ANMSM intègre le groupe France au niveau de la commission médicale ;
- CIS : Commission de l'information et de la sécurité du conseil supérieur des sports de montagne : participations aux réunions deux fois par an ;
- l'ANMSM organise des congrès en France, participe à des congrès en Suisse et au Canada ;
- l'ANMSM organise grâce aux sauveteurs guides membres de l'association de multiples stages d'entraînements.

7. L'avenir : « qui n'avance pas recule » (6)

Le DIUMUM : Les étudiants grâce à une nouvelle organisation des mémoires, réalisés le plus souvent à plusieurs, autorisent des publications dans les revues scientifiques scientifiques

L'ANMSM : noue des partenariats avec d'autres structures professionnelles. Elle devient en 2012 Association Nationale des Médecins et Sauveteurs en Montagne et organise des rencontres interprofessionnelles comme le congrès de Valloire en janvier 2014 ayant abordé des thèmes transversaux comme les premiers maillons de la chaîne et les accidents multi victimes.

Ces thèmes de congrès à l'origine d'un partenariat avec la SFMC : Société Française de Médecine de Catastrophe et d'autres structures professionnelles.

8. Production de référentiels

L'ANMSM s'attache actuellement à la publication de référentiels. Un premier document d'aide à la médicalisation pour les sauveteurs vient d'être finalisé. La participation des infirmiers au secours en montagne n'est pas possible pour des raisons de sécurité, ce sont donc les sauveteurs qui aident les médecins. Le champ d'aide à la médicalisation de ces personnels a donc fait l'objet d'un premier référentiel en cours de publication.

L'un des prochains objectifs de l'ANMSM est de formaliser les prérequis et compétences nécessaires les médecins habilités au secours en montagne, tant pour la formation initiale que la formation continue, le mode d'exercice quotidien de la médecine. En effet, en médecine préhospitalière de montagne, peut-être plus qu'ailleurs, il est nécessaire de sénioriser la pratique médicale tout en s'assurant régulièrement de l'aptitude technique et physique du praticien.

9. Conclusion

La médicalisation d'un secours en montagne est un exercice préhospitalier à haut risque. Une décision thérapeutique inadaptée peut mettre en danger le patient voire compromettre le bon déroulement d'un secours. Le médecin de secours en montagne doit maîtriser les protocoles de la prise en charge préhospitaliers, être à l'aise avec la gestuelle des actes de réanimation à réaliser seul en situation précaire. Ceci implique un exercice quotidien de la médecine d'urgence au sein de l'hôpital. Il doit pratiquer régulièrement des activités de montagne et savoir adapter ses connaissances et ses décisions aux situations atypiques. Il doit montrer des qualités de flexibilité, d'adaptation et d'intégration dans une équipe constituée de professionnels spécialisés et entraînés (pilotes, mécaniciens treuillistes, sauveteurs guides de haute-montagne).

En effet, la médicalisation du secours en montagne bien que technique constitue avant tout une aventure humaine.

Références

1. Glenat R. L'aventure de la Société Dauphinoise de Secours en Montagne. Édition de Belledonne, 1997.
2. Agresti B. In extremis. Guérin, 2012.
3. Peres M. Grandes tragédies et dénouements heureux dans les Pyrénées. Mon Hélios, 2013.

4. Brugger Hermann M.D., Elsensohn Fidel M.D., Syme Dave MBChB, Sumann Gunther M.D., Falk M. A survey of emergency medical services in mountain areas of Europe and North America. *High Alt Med Biol*, 2005 ; 6/3 : 226-37. Official recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine (ICAR medcom).
5. Taylor C., Jan S., Curtis K., Tzannes A., Li Q., Palmer Cameron D. Cara, Myburgh John: The cost-effectiveness of physician staffed helicopter emergency medical service (HEMS) transport to a major trauma center in NSW Australia. *Injury Int J Care Injured*, 2012 ; 43 ; 1843-9.
6. Galvagno S. *et al.* Association between helicopter versus ground emergency medical services and survival for adults with major trauma. *Jama*, 2012 April 18 ; 307 (15) : 1602-10. Doi : 10.1001/jama.2012.467.
7. Tomazin I., Ellerton J., Reisten O., Soteras I., Avbelj M. Medical standards for mountain rescue operations using helicopters: official consensus recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine.
8. *High Altitude Medicine and Biology* volume 12 number 4, 2011, Mary Ann Liebert Inc. Doi : 10.1089/ham.2010.1096.
9. Elsensohn F., Niederklapfer T., Ellerton J., Swangard M., Brugger H., Paal P. Current status of medical training in mountain rescue in America and Europe. *High Altitude Medicine and Biology* volume 10 Number 2, 2009, Mary Ann Liebert Inc. Official recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine (ICAR medcom).