

SÉNAT

2^e SESSION ORDINAIRE DE 1961-1962

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 juillet 1962.

PROPOSITION DE LOI

tendant à instituer un Fonds sanitaire routier (F. S. R.) destiné à créer, à développer et à moderniser les équipements techniques et hospitaliers propres à perfectionner l'organisation des secours et des soins aux victimes des accidents corporels de la route,

PRÉSENTÉE

Par M. Bernard LAFAY,

Sénateur.

(Renvoyée à la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation, sous réserve du droit reconnu au Gouvernement par l'article 43 de la Constitution de demander la nomination d'une Commission spéciale.)

EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La mortalité routière est un fléau social de notre temps qu'il convient de combattre par des moyens appropriés. Compte tenu de la croissance accélérée de la circulation automobile, la conception de ces moyens doit se fonder sur une vue prospective du problème et de ses données.

On espère beaucoup, et à bon droit, de la construction d'un réseau d'autoroutes, solution d'avenir qui exige des crédits importants et des travaux s'étendant sur de longues années. Mais en attendant que la France en soit dotée suffisamment, « le massacre continue », et l'opinion s'inquiète à juste raison de cette situation véritablement dramatique.

Chaque année, en effet, c'est une petite ville de 10.000 âmes qui disparaît de la population française. C'est aussi une grande ville de près de 200.000 habitants qui tombe en léthargie pendant des mois, et dont le tiers des habitants se réveillent infirmes.

Telle est la réalité : la route blesse chaque année 200.000 Français, dont 65.000 grièvement ; elle en tue plus de 10.000, parmi lesquels près de 40 % ont moins de 30 ans...

Certes, la société a engagé la lutte contre le fléau routier, techniquement, psychologiquement, légalement. Des résultats appréciables sont dus à l'amélioration de la structure routière, de la signalisation, de l'éclairage nocturne des axes dangereux aussi bien qu'aux persévérantes campagnes de prévention et d'éducation ou aux mesures de contrôle et de répression.

Mais il est établi que 80 à 90 % des accidents sont dus à des facteurs humains où prédominent la psychose de la vitesse, l'inexpérience, la fatigue et l'alcoolisme. Ces facteurs mettent constamment en danger des vies humaines qu'il s'agit de sauver.

En attendant donc la réalisation d'un réseau d'autoroutes adapté à la densité circulatoire et démographique, en souhaitant que les possibilités d'accident soient réduites par la mise en œuvre de toutes les formes de la prévention, il est urgent de sauvegarder les existences menacées. L'organisation rationnelle des secours et des soins aux victimes des accidents corporels de la circulation routière répond à cette préoccupation.

*

* *

Les accidents de la route.

Des statistiques détaillées publiées chaque année par la Direction des Routes et de la Circulation du Ministère des Travaux publics permettent d'apprécier l'évolution des dommages — graves ou irréparables — portés à la substance humaine du pays par les accidents de la route.

Sans doute, le taux d'augmentation du nombre des accidents et des victimes reste relativement inférieur à celui de l'accroissement de la circulation, ce qui est un effet des progrès réalisés en matière de construction routière, de contrôle et d'éducation, et également dans le domaine de l'aménagement intérieur et extérieur des voitures où la sécurité est un des soucis constants de notre industrie automobile.

Mais en valeur absolue, le nombre d'accidents corporels croît constamment malgré ces progrès, ainsi que celui des victimes.

Depuis 1955, les accidents corporels ont augmenté de plus de 16 %, les blessés de plus de 21 %, les tués d'environ 16 %.

En 1961, on a compté 214.298 blessés et 9.337 tués. Mais ce dernier chiffre demande à être rectifié, malheureusement, dans le sens de l'aggravation. La statistique, en France, enregistre en effet comme tués les victimes d'accidents ayant succombé sur le coup, ou dans les 48 heures. Or, on doit y ajouter au moins 20 % de décès survenant dans les trente jours suivants. Ainsi, pour 1961, c'est au chiffre de plus de 11.000 décès de victimes de la route — et non de 9.337 — qu'il faut au moins s'arrêter.

Ainsi, la courbe des morts, des invalides permanents, des blessés graves ou sérieux suit une ascension inquiétante. C'est un capital humain énorme qui se volatilise chaque année, en valeur économique, technique et culturelle.

Il y a lieu également de tenir compte des sommes considérables payées par les organismes d'assurances au titre d'indemnisation des décès ou des invalidités permanents, ainsi que des débours de la Sécurité sociale. On notera seulement que le coût des « sinistres corporels » assumé par les organismes d'assurances (l'année 1936 étant prise pour référence au coefficient 1), dépasse aujourd'hui le

coefficient de 80 % alors que celui des « sinistres matériels » avoisine 40 %. Il apparaît donc que l'indemnisation des victimes de la circulation pèse de plus en plus lourdement sur le budget des organismes d'assurance. Bien que les statistiques rigoureuses soient malaisées à établir, on peut estimer à 130 milliards environ le débours total annuel à ce titre des organismes d'assurance, dont plus de 30 milliards alloués aux ayants droit des morts. Les morts dues aux accidents de la route pèsent sur la branche-vie des assurances pour un pourcentage d'au moins 10 % des règlements sur l'ensemble des décès. Ce débours est également à considérer.

Toutes les raisons économiques, financières, sociales, et surtout humaines, militent en faveur d'une organisation totalement efficace des secours qui permette de sauver des existences et de réduire au maximum le nombre des incapacités totales, ou partielles, permanentes ou temporaires. Les débours des organismes d'assurance en faveur des victimes de la route en seraient sensiblement réduits.

*

* *

Les secours aux blessés de la route.

Le sort des blessés de la route dépend de quatre séries d'opérations dont la correction, la rapidité et la coordination doivent être amenées au meilleur degré de perfection.

Ces quatre opérations sont : l'alerte, le ramassage, le transport, les soins spécialisés.

De leur réussite dépendent la survie dans de nombreux cas, et le rétablissement du maximum d'intégrité physique. On peut attribuer à des insuffisances d'organisation et d'équipement la mort de blessés graves, qui eussent pu être sauvés, et les infirmités définitives d'accidentés qui, traités rationnellement, dès la relève, eussent dû être partiellement ou totalement récupérés.

Des spécialistes qualifiés pensent que de 10 à 15 % des décès — soit entre 1.000 et 1.500 en 1961 — sont dus aux lacunes de notre équipement sanitaire routier, aux pertes de temps et à l'insuffisance des moyens.

Ces aspects du problème n'ont pas échappé aux administrations responsables. Le Ministère de la Santé Publique a procédé à des enquêtes et à des études sur la possibilité d'améliorer les quatre opérations fondamentales énumérées plus haut. En particulier, ce ministère a créé la notion officielle de « secteur ambulancier » définissant l'aire d'intervention assurée dans un rayon de 20 à 25 kilomètres) d'un service de garde permanent. Mais la répartition du parc ambulancier français est anarchique et la qualité des véhicules qui le composent assez inégale. La réalisation du plan ambulancier national et d'une doctrine ambulancière cohérente est avant tout une question de crédits. Il en est de même des équipements modernes et du personnel spécialisé, qui manquent à de nombreux hôpitaux que leur situation qualifieraient pour soigner les blessés de la route dans une zone définie de rattachement, comme l'envisage le Ministère de la Santé Publique.

Une commission des accidents de la route y a d'ailleurs été créée dont les travaux méritent attention. Mais que vaut le meilleur des plans, que vaut la plus judicieuse doctrine si les moyens de financement font défaut ? Les crédits alloués au Ministère de la Santé Publique sont déjà insuffisants, on le sait, pour faire face aux besoins sanitaires généraux de la population.

*

* *

L'alerte.

Un accident survient sur la route, causant des blessés plus ou moins gravement atteints. Que va-t-il se passer ?

D'abord, les témoins donnent l'alerte. A qui ? Par quel moyen ?

Tantôt, on prévient le médecin du village voisin ; tantôt on appelle une ambulance ou un poste de secours ; tantôt un automobiliste « bon samaritain » charge tant bien que mal un blessé dans sa voiture et le conduit à l'agglomération la plus proche dans des conditions souvent dangereuses et parfois fatales ; tantôt on prévient un hôpital qui n'est pas forcément adapté, en personnel et en matériel. Le plus souvent on appelle la gendarmerie, ce qui est de beaucoup préférable aux procédés anarchiques que nous venons d'évoquer.

Car le service public le mieux préparé à recevoir l'alerte et à déclencher le mécanisme de relève des blessés est sans conteste la Gendarmerie nationale. Ses 4.200 brigades réparties en mailles serrées sur tout le territoire, la discipline du corps, la permanence intégrale du service, la formation secouriste des gendarmes et leur matériel motorisé ou ambulancier, offrent des possibilités pratiques qui justifient la règle générale partout valable en France : alerter immédiatement la gendarmerie.

Même lorsque le système d'ambulances — antennes de réanimation que nous exposons plus loin sera généralisé sur tout le territoire, les ambulances de la gendarmerie — comme d'ailleurs celles des corps de sapeurs-pompiers ou d'autres services secouristes — devront toujours être utilisées comme moyen complémentaire.

Le seul procédé d'alerte rapide et sûr est le téléphone. On touche ici une première insuffisance de notre équipement sanitaire routier : la densité des postes téléphoniques, installés au long des axes de circulation, est actuellement très insuffisante. L'objectif à atteindre est de jalonner les routes à circulation intense ou dangereuse (sans oublier les routes moins fréquentées où ont lieu 40 % des accidents), de postes d'appel extérieurs, utilisables de jour et de nuit, comportant des instructions écrites permettant un appel précis, bref et complet, répertoriés, signalisés par un panneau, signalés sur le parcours par un fléchage, par exemple peint sur les bornes kilométriques, donnant leur direction et leur distance.

A la signalisation routière normale doit s'ajouter la signalisation sanitaire permettant de savoir exactement où il y a un téléphone, un poste de police ou de gendarmerie, un hôpital. Cette signalisation est réalisée par exemple en Hollande d'une manière très simple qui pourrait servir de modèle international : face à la borne kilométrique, juste de l'autre côté de la route, un panneau portant toutes les indications nécessaires à l'orientation des secours dans les deux sens. La densité de ces panneaux peut évidemment varier suivant les caractéristiques des voies.

Il est à souhaiter que le numéro d'appel soit uniformisé sur tout le territoire, comme il est pratiqué en Belgique, ce qui paraît techniquement possible, l'appel au secours en cas d'accident ne doit prêter à aucune hésitation, erreur ou confusion.

En Belgique, en effet, le numéro 900 a été choisi comme numéro unique d'appel des secours, méthode généralisée après une expérience organisée dans la zone d'Anvers. Pour un secteur téléphonique donné, l'appel 900 aboutit à un point central qui est en Belgique un poste de secours tenu par un corps de sapeurs-pompiers professionnels (et qui serait en France un poste de gendarmerie à l'exception des grandes villes). Dans le système belge, les appels et leur heure sont enregistrés sur bande magnétique. Un opérateur se tient en permanence devant le combiné. En cas de coupure, il a le moyen de déceler l'origine de l'appel. Sitôt l'appel reçu, il prévient une ambulance, l'hôpital, ainsi que la police ou la gendarmerie.

Dans de très nombreux secteurs routiers, les lacunes du système d'alerte exigent donc la mise en œuvre d'un plan d'équipement téléphonique. Il serait également désirable que les liaisons sanitaires par radio à peu près inexistantes en France soient rapidement développées, tout d'abord par l'attribution d'une « longueur d'onde Santé » nationale et peut-être européenne. Des organismes publics (police, E. D. F., pompiers, etc.) et privés (taxis, dépanneurs) utilisent depuis longtemps la radio et il est anachronique que la coordination des secours néglige cette technique simple et rapide.

C'est au cours du transfert que les liaisons « radio-santé » peuvent être employées le plus utilement. Des expériences récentes, on peut conclure au schéma d'installation suivant :

1. — Les centres traumatologiques et les hôpitaux désignés seraient équipés d'un ensemble fixe émetteur-récepteur organisé en écoute permanente de jour et de nuit ; ce poste, placé au même lieu que le standard téléphonique normal étant relié par fil et par appel sonore spécial au garage des ambulances hospitalières, et par fil ou interphone au bloc opératoire.
2. — Les ambulances-antennes de réanimation seraient dotées d'un ensemble émetteur-récepteur fixé à leur bord.

Toutes les forces de sécurité affectées au service de la route sont d'ores et déjà équipées de postes émetteurs-récepteurs.

Grâce à la « longueur d'onde Santé », le centre de traumatologie, les ambulances-antennes de réanimation et les forces de sécurité routière fixes ou en déplacement seraient en liaison directe, immédiate et permanente.

Sur une zone d'émission d'environ 40 kilomètres serait ainsi assurée d'une manière constante la transmission de renseignements précis sur la nature de l'accident, la gravité du traumatisme et son évolution.

Les avantages du dispositif se manifesteraient particulièrement au cours du transfert où l'équipe de l'ambulance-antenne pourrait renseigner, du lieu de l'accident et sur la route, le personnel médical du Centre de traumatologie sur l'état des blessés transportés, recevoir toutes instructions utiles, le centre ayant la possibilité de prévoir les soins nécessaires, de mobiliser éventuellement un spécialiste appartenant à un autre établissement, ou dans certains cas, de dérouter l'ambulance-antenne sur un centre disposant de moyens plus complets en personnel et en matériel, s'il s'agit par exemple de grands brûlés.

Ce système a fait ses preuves à Chalon-sur-Saône, où le centre de traumatologie a obtenu l'autorisation d'émettre et de recevoir des messages-radio sur la longueur d'onde de la Protection civile, et a donc pu mettre en place un système de liaison radiophonique qui permet un maximum de rapidité d'exécution et d'efficacité. D'autres centres de traumatologie rencontrent d'inexplicables difficultés administratives à obtenir la même autorisation.

En Italie, la région de Rome bénéficie d'une organisation remarquable, née de la collaboration de l'Institut italien de médecine du trafic, de la Croix-Rouge, et financée par les compagnies d'assurances sans aucune subvention de l'Etat. Sans vouloir la décrire, nous noterons que cette organisation dispose de deux types d'ambulances : le modèle dit « médico-chirurgical », doté d'un matériel de réanimation complet et ayant un médecin à bord, et le modèle courant dit « infirmier ». Il faut souligner que ces véhicules, dans leur totalité, sont munis d'un poste de radio émetteur-récepteur, qui permet des liaisons efficaces. C'est également un exemple qu'il est aisé de suivre, et qui confirme l'expérience française de Chalon-sur-Saône.

*

* *

Le ramassage des blessés.

L'alerte étant donnée par le premier témoin de l'accident, que fait la Gendarmerie ? En même temps qu'elle se rend sur les lieux, elle déclenche le mécanisme de relève, c'est-à-dire l'ambulance de secours, soit l'ambulance de la gendarmerie, soit celle des pompiers, soit une ambulance privée, soit une ambulance hospitalière.

Le ramassage actuellement s'effectue souvent dans un certain désordre qui disparaîtra à mesure que l'organisation des secours sera rationalisée mais où la bonne volonté incompétente a parfois de regrettables effets.

C'est ici que se pose le problème capital : la relève et les premiers soins doivent intervenir dans les délais les plus rapides et être rigoureusement conformes aux données de la traumatologie : l'accident de la route est une entité pathologique nouvelle dont les caractéristiques et la thérapeutique propre ont été étudiées et définies par des spécialistes du monde entier qui arrivent aux mêmes conclusions.

Le destin des grands accidentés — les polytraumatisés graves — se joue dans les quelques quarts d'heure qui séparent le moment de l'accident de l'arrivée à l'hôpital. C'est dans cette même période que se décide l'avenir des blessés moins durement touchés, mais menacés par l'invalidité permanente. Il serait vain de dissimuler que de trop nombreuses morts sont dues au manque de rapidité des premiers secours ou à leur insuffisance, faute de personnel spécialisé et de matériel adapté. La bonne volonté ne peut malheureusement y suppléer...

*
* *

L'ambulance-antenne de réanimation. — Le centre de traumatologie.

La seule formule vraiment rationnelle, la plus simple et la plus efficace apparaît aujourd'hui l'ambulance de secours envoyée directement d'un hôpital, c'est-à-dire l'ambulance-antenne de réanimation dépendant du centre de traumatologie : deux pièces maîtresses de la traumatologie d'urgence.

Qu'est-ce que l'ambulance-antenne de réanimation ? Un véhicule équipé en personnel et en matériel spécialisés permettant de réanimer, de commencer à « déshocker » le blessé sur place et au cours du transport et de lui assurer ainsi les meilleures conditions de transfert.

On s'accorde aujourd'hui à penser que l'équipe d'intervention de l'ambulance-antenne doit comprendre un médecin ou un interne apte à effectuer correctement des actes thérapeutiques d'urgence. De nombreuses observations démontrent en effet que les décès survenus avant que le blessé atteigne l'hôpital proviennent souvent d'un « shock » non traité ou mal traité ou de l'obstruction des voies respiratoires (1).

De nombreux décès surviennent également à l'hôpital du fait que les accidentés ont été déshockés trop tardivement, alors que leurs blessures n'étaient pas fatalement mortelles.

L'évacuation des blessés doit s'effectuer sur un hôpital suffisamment outillé. Diriger des grands traumatisés vers de petits hôpitaux où il n'y a ni service de garde, ni banque du sang, représente pour eux un retard, et donc une cause d'aggravation incontestable.

Qu'est-ce qu'un centre de traumatologie ? C'est un service comportant :

- des lits d'hospitalisation en nombre suffisant pour que le blessé transféré ne soit pas refoulé par manque de place. La liaison radio permet d'ailleurs de s'en assurer ;
- un poste de transfusion sanguine ;
- un laboratoire et un poste de radiologie bien équipés.
- un matériel chirurgical complet permettant les traitements traumatologiques complexes ;

(1) Observation effectuée au Danemark et portant sur 700 blessés.

— un chirurgien qualifié, bien assisté, secondé par un médecin anesthésiste et réanimateur, et par un personnel soignant et technique compétent ;

— enfin une organisation assurant aussi bien de nuit que de jour la permanence de même qualité des soins, des examens et de la réanimation.

Une équipe chirurgicale plus complète s'adjoindra un neuro-chirurgien et un chirurgien thoracique. Un centre plus important comprendra en outre un service de rééducation.

Mais les liaisons radio permettraient de faire appel en temps utile à des spécialistes étrangers à l'établissement et qui pourraient aussi être appelés à bon escient et sans retard. Elles permettent également, lorsque l'état du blessé rend possible le transport, de le diriger vers l'hôpital où exerce le spécialiste requis ainsi prévenu.

Si l'alerte est donnée sans délai, si l'intervention de l'antenne de réanimation est rapide et correcte, si le blessé est accueilli dans un centre de traumatologie, la société lui aura donné toutes ses chances de survie et aura réduit au minimum les risques d'invalidité.

Mais il n'existe en France — malgré plusieurs réalisations concluantes — qu'un nombre réduit et tragiquement insuffisant de centres de traumatologie dotés d'ambulances-antennes de réanimation.

Ainsi, trop souvent, le blessé de la route risque d'être relevé par n'importe quelle bonne volonté incompétente, transporté trop tard et dans des conditions médiocres ou dangereuses pour aboutir à un hôpital ou à une clinique mal adaptés aux soins très particuliers qu'il requiert.

L'organisation des secours aux accidentés de la circulation, malgré les dévouements qui s'y consacrent, reste, faute de moyens, en retard de plusieurs dizaines d'années. On sait exactement ce qu'il faut faire pour sauver des vies humaines et éviter des invalidités. Mais l'absence de crédits paralyse un progrès dont la voie est tracée, et qui permettrait de sauver 10 à 15 % de ceux qui meurent actuellement d'accident de la route, et de supprimer ou au moins d'atténuer les incapacités permanentes dans une proportion de 30 %.

Le Fonds sanitaire routier.

La création d'un Fonds sanitaire routier répond au problème posé, compte tenu des réalités financières.

Le financement de ce Fonds peut être assumé par les organismes d'assurances à qui la loi sur l'assurance automobile obligatoire garantit des recettes régulières et progressives. En effet, le recul de la mortalité routière et des séquelles d'invalidité permanente — grâce à une organisation moderne de secours — leur vaudrait d'appréciables diminutions des règlements au titre des sinistres corporels.

Nous croyons possible de fixer la participation des organismes d'assurance à une somme uniforme de 5 NF par assuré, quelles que soient la catégorie du véhicule ou les modalités de la police, sans augmentation de la prime payée par l'assuré, à l'exclusion des tracteurs agricoles. En l'état actuel du parc, cette contribution produirait de 6 à 7 milliards par an. On a calculé qu'il suffira d'une réduction de 5 % du coût des accidents corporels pour que cette somme soit annuellement compensée par les économies réalisées. Une réduction plus importante pourrait même être espérée sans optimisme exagéré, dès qu'une organisation rationnelle des secours sera progressivement mise sur pied dans un délai qu'on peut estimer à cinq ans. En quelques années, la France serait dotée d'un magnifique réseau sanitaire routier, le premier du monde et les dépenses engagées seraient largement récupérées financièrement, économiquement et humainement.

Pour des raisons psychologiques que certains précédents expliquent assez, il est indispensable de donner à l'opinion la certitude que les contributions fournies au Fonds sanitaire routier seraient totalement et strictement affectées à l'équipement d'alerte, de ramassage et de soins hospitaliers. Cette considération impose la notion d'un établissement d'utilité publique administrativement autonome et fonctionnant sur des ressources hors budget exactement et réellement affectées.

*
* *

Les accidents de la route sont plus meurtriers que les maladies infectieuses. Ils causent plus de décès que la tuberculose. Ils coûtent des sommes énormes. Ils frappent les éléments les plus productifs de la population. Pour atténuer les conséquences de ce fléau, le devoir de la Société et son intérêt lui imposent de mettre au service des usagers chaque jour menacés davantage par l'accroissement du nombre des véhicules et de leur vitesse, un système d'alerte étendu et efficace, un personnel médical et soignant spécialisé, du matériel adapté de transport et de soins.

Nous l'avons démontré, de nombreuses vies humaines peuvent être sauvées, des milliers de blessés peuvent échapper à l'infirmité. Le problème est posé, et l'institution du Fonds sanitaire routier permettrait de le résoudre.

C'est pourquoi j'ai l'honneur de soumettre à vos délibérations la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article premier.

Il est institué un Fonds sanitaire routier (F. S. R.), établissement d'utilité publique, doté de l'autonomie financière et administrative dont les statuts et les règles de fonctionnement feront l'objet d'un décret pris en Conseil des Ministres, le Conseil d'Etat entendu.

Art. 2.

Le Fonds sanitaire routier a pour objet l'étude et le financement de toutes mesures touchant à l'organisation des secours aux victimes des accidents de la route — alerte, ramassage, transport et soins — spécialement la création ou la modernisation de centres de traumatologie.

Art. 3.

Le Fonds sanitaire routier a pour ressource principale le produit totalement affecté d'une contribution versée par les organismes d'assurance au taux uniforme de 5 NF par véhicule à moteur de toutes catégories, à l'exception des tracteurs agricoles, contribution ne pouvant en aucun cas donner lieu à une augmentation de la prime versée par l'assuré.