



L'équipe spéléologique face à l'accident Conseils médicaux (1)

La formation personnelle de chaque spéléo aux techniques de secourisme est à la charge de chacun. La Commission Médicale ne peut ni ne veut se substituer aux organismes déjà en place (Croix Rouge, Protection Civile, Pompiers). Son rôle est axé en priorité dans le domaine des secours, sur une adaptation au milieu souterrain des techniques de secourisme classique.

L'équipe spéléo doit garder à l'esprit les deux particularités du secours spéléo :

- Les secours sont éloignés,
- Les conditions de survie du blessé sont mauvaises.

Dès le premier contact avec l'accidenté, les équipiers devront s'assurer qu'il n'y a pas de gestes d'urgences à faire. Ceux-ci sont limités :

- Assurer la fonction respiratoire (désobstruction des voies aériennes, bouche à bouche);
- Limiter une hémorragie externe par un point de compression.

Une fois assuré le maintien des fonctions vitales, les équipiers doivent envisager deux choses :

- 1) Faire le bilan le plus précis possible des lésions.
- 2) Installer le blessé dans les meilleures conditions.

Premier déplacement du blessé

Un examen médical, même sommaire, doit toujours précéder ce geste. Un déplacement «dangereux», sans examen valable, sera pourtant justifié dans des situations extrêmes. On peut l'envisager si l'accidenté est :

- immergé, avec risque de noyade et d'hypothermie rapide,
- coincé dans une diaclase avec risque d'étouffement,
- placé dans un endroit immédiatement dangereux (trémie instable, crue, etc...) — etc.

Le lieu de placement doit essayer de satisfaire les critères suivants :

- Confortable pour le blessé (à l'abri de l'eau, du vent, etc...),
- Sans danger (chute de pierres, crue...),
- Le plus près possible du lieu de

l'accident,

- Assez vaste pour l'organisation matérielle des soins.

Il est impératif de prendre toutes les précautions possibles pour ce déplacement en «catastrophe», sans bilan lésionnel fiable. Il faut en effet considérer le blessé comme un **polytraumatisé grave**, et en particulier évoquer de principe une **fracture de la colonne vertébrale**. Les gestes eux-mêmes ne sont pas codifiables. Il faut adapter avec le plus de bon sens possible les techniques de ramassage secouristes.

Examen du blessé

La suite du sauvetage est conditionnée par ce bilan. Suspecter une atteinte vertébrale impose l'attente de secours lourds; ignorer un état de choc va coûter la vie au blessé.

Un tel examen est difficile sans médecin et sans matériel (deshabillage impossible). L'examen doit rester simple, mais doit permettre de classer le blessé dans une des quatre catégories suivantes :

- 1) Blessures légères, n'entravant pas totalement l'autonomie.

- 2) Blessure importante empêchant tout déplacement sans brancard, mais pas de risque vital immédiat.

- 3) Pas de blessure grave apparente, mais signes évidents de gravité (choc, hypothermie, épuisement).

- 4) Blessé avec ou sans signes de gravité.

(1) Suite de l'article paru dans Spelunca n° 4 (V^e série, 1981).

Commission Médicale
Docteurs J. BARIOD
J.-M. BLANCHARD
ANDRIEUX

