



COMMISSION MEDICALE

de la Fédération Française de Spéléologie

Feuille de liaison n° 33 Décembre 2001

Rédaction: Dr J.M. Ostermann 24800 Corgnac sur l'Isle jmostermann001@rss.fr

SOMMAIRE

Editorial.....	1
Notes de lecture.....	2
Carnet rose / In Memoriam / Pharmacie spéléo.....	3
Compte rendu du congrès de la CISA.....	4
Compte rendu d'interventions dans le Gard.....	5
Le secours de la Tanne des Crolleurs.....	7
Réunion CoMed Aillon le jeune.....	11
Règlement intérieur de la CoMed.....	12
Modèles de certificat médical.....	16

EDITORIAL

J.M. Ostermann

Le Certificat médical permet-il d'éviter des accidents en spéléologie et canyon ? On ne peut bien sûr répondre en une phrase à cette question qui revient régulièrement sur le tapis. La loi nous oblige à distinguer la spéléo « sèche », pourrait-on dire, et le canyon de la plongée qui est classée activité à risque. C'est dans cet état d'esprit que pour cette dernière, le certificat est obligatoire annuellement. A vrai dire, nul ne s'en est plaint. Encore que l'obligation d'avoir affaire à des médecins d'une autre fédération ou à des spécialistes pour ce certificat soit - à juste titre - vécue comme une contrainte. Pour les autres, seule la première inscription nécessite dorénavant la présentation du certificat, qui peut être celui exigé par une autre fédération. Le comité directeur fédéral a ainsi décidé d'appliquer le strict minimum de ce que prévoyait la loi. Alors il est évident que dans un certain nombre de situations, ce document n'a pas valeur de prévention. Mais un certificat annuel le pourrait-il ? N'oublions pas que la spéléo peut se pratiquer en dehors des structures fédérales, et d'ailleurs la moitié des interventions du SSF concernent cette population moins bien encadrée.

La prévention des accidents est avant tout l'affaire des commissions fédérales, en particulier E.F.S., E.F.C., E.F.P.S., S.S.F, CoMed. Pourquoi ? Parce que dans la plupart des cas, le pépin survient quand une entorse à été faite à ce qui est enseigné dans ces structures. Alors incitons les spéléos et adeptes de canyons à participer aux stages de ces commissions, c'est le meilleur conseil de prévention que l'on puisse donner...

NOTES DE LECTURE

Dr J.M. Ostermann

N. ROY, 2001 : **Les accidents mortels de plongée souterraine en France de 1990 à 2000**. Thèse Médecine Dijon, 114 p.

Ce travail est la suite de celui de Pillot, qui concernait la période 1950-1990. Un court rappel historique de la plongée souterraine, et quelques notions essentielles sur les problèmes médicaux de la plongée en général précèdent une description détaillée du matériel spécifique à cette activité, illustrée de photographie couleur (pas encore habituel dans une thèse de médecine). Puis sont abordés, après présentation de la méthodologie, les accidents mortels pour la période considérée. Pour chacun des vingt cas étudiés, on retrouve la date, le nom de la cavité (ainsi que département et commune), un résumé de l'événement, un commentaire rapide et une conclusion signalant le type d'accident, le nombre de décès, et la cause du ou des décès. La topographie de la cavité est fournie. Le troisième chapitre présente les résultats de l'enquête, avec âge et sexe des victimes, qualification spéléologique et en plongée souterraine, puis l'affiliation ou non à la F.F.S.. Sont enfin abordés la répartition des accidents sur le territoire et dans le temps. La thèse se termine par une discussion du plus haut intérêt qu'il est impossible de résumer en quelques lignes. Citons seulement quelques chiffres : la mortalité en plongée souterraine passe de 3% (années 50) à 0.46% ((années 90) ; les accidents de plongée représentent 7.34 % des interventions du S.S.F, mais 31.88% des décès en spéléo; les 2/3 des victimes ne sont pas affiliées à la F.F.S., etc.

L'intérêt et la qualité de ce travail ont incité le conseil technique de la CoMed à envisager une réédition, qui sera probablement augmentée de données complémentaires, sous la direction du Dr H. ROY.

D. DULANTO ZABALA, I. de YZAGUIRRE MAURA, 2001 : **Fluidoterapia extra-hospitalaria**. SEMAC News N°0, 6 p.

Après un rappel sur les hypovolémies (types, contexte clinique, signes, diagnostic), un intéressant tableau commenté résumant les

caractéristiques de remplissage vasculaire est présenté, permettant de comparer l'efficacité des colloïdes naturels, de synthèse, et des cristalloïdes. Les différents contextes d'utilisation sont abordés ensuite : hémorragie, déshydratation, vasoplégie, réanimation pré-hospitalière, traumatismes crâniens, réa en milieu souterrain.

Cet article est publié dans le premier numéro de la Sociedad Española de Medicina y Auxilio en Cavidad, récemment créé suite à la dissolution de la COMED espagnole pour des raisons expliquées en éditorial. Souhaitons longue vie à la SEMAC, avec qui nous espérons une fructueuse collaboration.

CARDENAS J., 2001 : **Paludisme : Malarone®, désormais indiqué en prévention**. Le Généraliste 2158, 15.

Cette courte note issue d'une conférence de laboratoire présente ce produit comme une alternative, dans la chimioprophylaxie du paludisme, au désormais fameux Lariam®. L'efficacité serait supérieure à 98%, avec une meilleure tolérance que ce dernier. Les effets secondaires (gastralgies, troubles psychiques) passent de 42% à 30% avec Malarone.

Les amateurs de spéléologie tropicale (de plus en plus nombreux) ayant à envisager quasi systématiquement l'utilisation de ce type de produit, il nous semble intéressant de suivre les informations objectives qui le concernent.

De GRANGE M., 2001 : **Réglementation : de nouvelles normes pour l'eau**. Panorama du Médecin 4827, 60.

Petit entrefilet également concernant l'uniformisation européenne des normes pour l'eau potable. Diminution des valeurs admises pour le plomb, l'arsenic, élévation pour les nitrites et le cuivre, mais maintien des 50 mg/l pour les nitrates, et exclusion des pesticides à base de triazine sont les modifications notables. Plus d'informations sur le site du Centre d'information sur l'eau : www.cieau.com

Carnet rose

La famille VALENTIN s'agrandit avec l'arrivée cette année du petit Christophe. Toutes nos félicitations aux heureux parents.

In Memoriam

Nous avons appris avec beaucoup de peine le décès de Christiane SLAGMOLEN, survenu le 28 juillet 2001. Fidèle collaboratrice de son époux André, président de la Commission Secours de l'U.I.S., nous garderons tous le souvenir d'une spéléologue aimable, discrète, et efficace. Que sa famille soit assurée de notre soutien.

Philippe RENAULT nous a également quittés cette année. D'autres lui ont rendu hommage notamment dans la presse fédérale, aussi me bornerai-je à rappeler simplement qu'en décidant de réaliser ma thèse sur les atmosphères confinées

karstiques, je me suis naturellement tourné vers lui. Et dès que je l'eus convaincu, il m'aida sans compter. Tout d'abord en me présentant à certaines sommités du monde médical à Lyon (notamment le Pr Flandrois - physiologiste du sport), ou à Toulon (Dr Radzisewski - sécurité atmosphérique des sous marins nucléaires) avec qui nous eûmes des discussions passionnées sur la physiologie du CO². Mais aussi, lui et sa famille m'accueillirent royalement à Caluire, où je profitais de son immense bibliothèque, dans son bureau au dernier étage. La seule contrepartie qui m'était demandée : réaliser une de ses recettes préférées, la salade de gésiers confits du Périgord. Un jour, alors que je m'acquittais de cette tâche, il surgit dans la cuisine, pompe Draeger à la main : « tu vas voir, même ici il y en a ! ».

Merci, Philippe, de m'avoir appris tant de choses sur le karst, et de m'avoir aidé à devenir médecin.

Dr J.M. Ostermann.

PHARMACIE UTILISABLE EN SPELEOLOGIE

Antiseptique (Septéal / Hexomédine,...) 1 flacon [*plaies*]
Compresses 30x30 2 boîtes de 10
Sérum physiologique (unidoses) 10 [*lavages*]
Micropore 2.5 cm 1 rouleau
Bandes Nylex 7 cm : 3
Biafine 1 tube [*brûlures*]
Ciseaux Cesco
Gants d'examen médical non stériles
Couverture de survie épaisse
Carnet + crayon
Ibuprofène (Nurofen, Advil,...) 1 boîte [*douleurs*]
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan,...) 1 boîte [*douleurs*]
Spasfon lyoc 1 boîte [*douleurs abdominales*]
Antidiarrhéique (Imossel) [*diarrhée*]
Chlore (Aquatabs / Hydroclonazone) [*désinfection de l'eau*]
Vitamine C 1000 [*fatigue*]

Conditionnement : petite boîte type "Tupperware" de la taille de la couverture survie

Remarques :

- Ne mettre qu'un seul antiseptique (certains sont incompatibles entre eux)
- Pas de formes effervescentes pour les comprimés, pas de flacons en verre
- L'Aquatabs est plus efficace que l'Hydroclonazone pour la désinfection de l'eau
- Les noms commerciaux sont donnés à titre indicatif, les produits pouvant être remplacés par des équivalents.

*Compte rendu du congrès de la CISA **

Commission médicale, session spéciale canyon (Lans en Vercors le 19 et 20 mai 2000)

Dr Y. Kanéko.

Arrivée le matin à Les Allières (auberge de montagne + gîte de groupe), accès à pied en 20 mn / parking, au chalet réservé et ouvert spécialement pour cette occasion.

Présents les médecins représentant les secours en montagne de différents pays : Allemagne, Autriche, Suisse, Italie, Ecosse et France . A leur tête le Dr Urz Wiget président de la COM MED. Invité d'honneur le président de la CISA IKAR.

Après un tour de table de présentation des participants, les sujets abordés sur les 2 jours: Sujets abordés en anglais seulement, et destinés à élaborer un consensus international de base

Donc chaque point sera évoqué, classé, les idées notées voire discutées, afin de construire un canevas pour les réunions à venir (d'après certains, ce WE fut très constructif car il n'y a pas eu de « discussions autour d'une virgule »...)

- Que doit connaître un guide de canyoning en secourisme?
- Quel entraînement au secourisme pour un guide en canyon ?
- Contenu de leur trousse de secours et celle des médecins, pour quelle pathologie ?

1/ La formation :

Elle est assurée en France à l'ENSA sous la responsabilité du Dr J.P. Herry à Chamonix.

La durée des cours spécifiques au canyoning en France serait de 3 heures.

- Reconnaître puis immobiliser ou traiter les principales fractures et luxations, notamment luxation de l'épaule.

- Apprécier le degrés d'urgence, bilanter la victime.

Liste basique : A B C D E F/ principales fonctions (Artères, Breath, etc.)

- Sécuriser l'accidenté, le réchauffer
- Noyade, hypothermie etc.

Tout cela semble faire partie des cours en France.

Quelle qualification pour les formateurs ?

Après midi : mise en situation avec évacuation de victime brancardée en perche Péguilem rendue insubmersible par l'ajout de flotteurs latéraux dans le canyon du Furon (1/3 final).

Le début de la descente s'effectue sans problèmes sinon quelques erreurs techniques de manipulation de corde par les médecins participants, dont beaucoup ne sont jamais descendus dans un canyon, erreurs qui sans la vigilance des CRS et PGHM aurait pu entraîner des accidents (tête d'alouette, chute en bord de cascade, rappels non contrôlés).

Puis démonstration de brancardage et des possibilités de réanimation par intubation et des divers matériels : thermomètre tympanique, trousse d'anesthésie loco-régionale, contenu du sac du Dr Ledoux avec quelques adaptations notamment pour la ventilation.

Pendant ce temps, les secouristes équipent une grande cascade en tyrolienne, le président de la CISA ICAR regarde, l'œil critique, les médecins se refroidissent et, mis en situation comprennent mieux les problèmes liés à ce type d'évacuation.

Débriefing et commentaire le soir au chalet.

2/ le Samedi matin discussions sur le contenu du sac de secours canyon :

Laryngoscope avec 2 lames, rescu-vac, O², thermomètre tympanique, colliers cervicaux, Ked, coheban, sam-spit, antibiotiques (Tibéral, Rocéfine), et diverses drogues habituelles pour chaque médecin (adré, kétamine, amidon, SG10, etc.)

Le sujet fut survolé car toute proposition fut discutée par chacun en fonction des habitudes, de la disponibilité de tel ou tel appareil dans les différents pays

L'après - midi, mise en condition de descente de canyon avec un débit assez important dans l'Infernet en commençant par shunter la cascade de 30 m trop arrosée pour assurer un minimum de sécurité, d'où passage par un rappel avec relais de 17 puis 40 mètres.

* Commission Internationale des Secours Alpins

Les participant furent marqués par les risques liés au débit et à la force de l'eau.

A la sortie une équipe de FR3 Grenoble nous attend pour une petite démonstration dans un bassin de retenue artificielle qui ne reflète en rien les conditions de secours réels...

Retour au chalet des Allières avec débriefing commentaires ; mais devant retourner à mon domicile, je ne puis assister à la fin de la réunion.

Donc amorce de sujets forts intéressants sur le secours et les accidents en canyon dont la suite lors des sessions futures sera à connaître, et je compte sur le Dr Xavier Ledoux, organisateur de cette rencontre pour nous tenir informés. (Prochaine réunion en Ecosse 2001 pour les seuls titulaires de la Com Méd CISA).

Compte rendu d'interventions dans le Gard

Dr J. P. Buch

Secours effectué le 15 Février 1997 à l'Aven de la Buse (commune de Barjac, Gard).

Appelé par le CODIS 30 à 15h 15, pour un spéléo présentant "une luxation de l'épaule" survenue vers 14h, dans un réseau après étroitures ne permettant pas le passage de la civière et un puits de 18 m.

Arrivé sur place à 16h30, je n'ai guère plus de renseignements sauf que le blessé serait choqué sur le plan psychologique, et se situerait à -50 environ.

Dix à quinze minutes après l'entrée dans le trou, arrivée auprès du blessé vers 17h15.

Celui-ci est valide, complètement ré-équipé avec une combinaison de type "méandre", ce qui laisse à supposer que son traumatisme de l'épaule n'est pas bien grave a priori.

L'examen clinique, fait sans déshabillage, montre une épaule mobile normale, avec une petite limitation douloureuse simple en rotation externe, abduction et élévation.

TA à 15/8, pouls normal, léger "choc nerveux" avec tremblements et impression de froid; il sera remis sous tortue momentanément et après la demande d'élargir au burin les 2 étroitures et de poser un palan au puits, celui-ci rejoindra la surface par ses propres moyens, aidé aux passages délicats et par un palan dans le puits qu'il remontera au jumar. Sorti vers 18h30-19h, il sera ré-examiné par le Dr Valentin.

D'après l'interrogatoire du blessé à chaud, ce traumatisme de l'épaule serait survenu dans un passage de semi-escalade en terrain glissant;

ayant glissé il a ressenti une douleur vive à la face antérieure de l'épaule gauche et est resté sans pouvoir la bouger pendant un long moment (1h?) en rotation externe et abduction, puis celle-ci se serait "remise en place" spontanément. Je n'ai pas pu dégager la notion de ressaut ni de position typique de luxation, et j'ai envisagé une simple distension musculoligamentaire par étirement brutal, suivi d'une contracture réactionnelle. A noter qu'il a déjà présenté un épisode identique quelques mois auparavant, ce qui pourrait être en faveur d'une sub-luxation récidivante.

Intervenant: 2 médecins SSF, 1 sous terre, 1 à l'extérieur.

En conclusion:

Le secours s'est déroulé de manière simple pour trois raisons:

- une cavité facile d'accès (entrée en bordure de route).

- un blessé léger ayant pu sortir par ses propres moyens, simplement aidé par l'équipe: les deux étroitures qui auraient posé un sérieux problème pour une civière n'ont nécessité que quelques coups de burin pour enlever des écailles rocheuses et le seul puits n'a nécessité qu'un palan.

- un accident survenu près de la surface à -50 environ.

Accident survenu en exercice secours, le 27/03/99, grotte de Peyre-Haute, commune de Méjannes-le-Clap (Gard)

Lors d'une remontée sur corde de l'aven de 20m, une pierre s'est descellée de la paroi et a touché un équipier qui montait au niveau de l'épaule gauche, entraînant immédiatement une impotence fonctionnelle. Après décrochage et examen du blessé, on constate: choc sur le moignon de l'épaule avec érosion cutanée (combinaison déchirée), impossibilité de l'élévation, douleur et tuméfaction du moignon sans trouver de point exquis.

Suspicion de fracture du 1/3 externe de la clavicule. Le blessé ressort de manière autonome

par la galerie horizontale sera amené à l'hôpital. La radio retrouvera une fracture non déplacée de l'acromion.

Intervenant : 1 médecin SSF, sur place lors de l'exercice.

Secours effectué le 13 Juin 1999, grotte du Barrage, commune de Ste Anastasie (Gard)

Pré-alerte vers 17 h puis mis en alerte à 17h45. Arrivé sur place à 18 h 30, suivi de près par le GRIMP. La victime, en première sortie d'initiation, dont l'accident est survenu à 16h, à 1200 m de l'entrée dans un réseau horizontal, aurait une luxation d'épaule ou peut être un problème de clavicule. Son équipe l'a ramené en partie en auto secours, il se trouve après une zone aquatique, à 150 m de l'entrée.

L'équipe du GRIMP est médicalisée avec une urgentiste. Entrée sous terre 19 h, toute l'équipe arrive rapidement au contact du blessé 20 minutes après. Il présente une attitude classique du traumatisé du MS, tremble de

froid malgré la "tortue". Patient de 35 ans, débutant, sans antécédent pathologique hormis un traitement psychotrope en cours par Solian + antidépresseur (lequel?), ayant fait une chute en progression avec rattrapage sur le MSD, suivi d'une douleur et impotence du MSD. L'épaule est douloureuse, la manipulation prudente retrouve un discret "coup de hache" du moignon de l'épaule droite (chez un gaucher), avec pouls périphérique perçus, motricité de la main conservée, mais bizarrement, sur le plan neurologique, paresthésies de la main au niveau du territoire cubital (?). Le rythme cardiaque est à 80/min, la TA à 12. Une voie veineuse a été posée (Elohès), une sédation par Hypnovel 2 mg faite et dans la foulée une réduction a été faite. La luxation ne devait être que partielle, plutôt sub-luxation, vu la facilité de réduction 3h30 après l'accident. Un bandage type Gerdy est posé, permettant, après un rapide réchauffage sous "tortue", une sortie autonome de la victime, simplement aidée pour la progression (voûtes mouillantes et passages étroits). Départ évacuation 19h50, sortie 20h30. En cours de route jonction avec une autre équipe médicalisée du SSF.

Victime évacuée en hélicoptère sur Nîmes.

Intervenant: 2 médecins SSF, 1 médecin anesthésiste GRIMP, tous trois sous terre.

Conclusion :

Secours sans gros problème, le blessé et ses équipiers ayant fait la plus grosse partie du chemin (3 équipiers faisant partie du SSF). Pathologie ayant bien réagi au traitement et n'ayant pas nécessité de brancardage.

Aux dernières nouvelles, patient hospitalisé 2 jours, radio normale mais persistance d'un engourdissement de la main.

Secours du 27 février 2000 au 6 mars 2000 Tanne des Crolleurs - Aillon le Vieux - Savoie

Vu par le Dr C. Goudian

Introduction :

Cet article a été rédigé pour la CoMed, suite au compte-rendu « médical » du Docteur Gagneur (autoproclamé Directeur des Secours Médicaux). Ma participation à ce secours débute le 27 février dans l'après-midi par plusieurs communications téléphoniques. Robert Durand (CT Savoie) me demande de rejoindre le Margéziac. J'apprends que Patrick Guichebaron (SSF 73) est déjà dans la cavité, que Jean-Marc Frey (SSF 39) est en route, que Jacques Chambard (SSF 73) est disponible et prêt à intervenir (matos prêt), que Raoul Duroc (SSF 04) a promis d'arriver le lendemain et que le Docteur Gagneur (SP 73) est en contact avec le SAMU 38 qui demande des réquisitions préfectorales pour envoyer des réanimateurs compétents en spéléo. Je propose de rester en pré-alerte pour prendre la relève dans la semaine. Robert Durand me fait savoir que ma réquisition est partie auprès de la préfecture de l'Ardèche et qu'un pompier viendra me chercher à domicile. Le reste du secours confirmera la constante mauvaise gestion par le responsable médical du personnel et du matériel médicaux, affluence un jour et manque un autre.

Chronologie approximative:

Nuit du 26 au 27 février, minuit : Une spéléo d'une trentaine d'années fait une chute de 2 ou 3 mètres selon les sources suite à rupture d'amarrage naturel. Deux de ses coéquipiers restent auprès d'elle, les autres donneront l'alerte à 6H15 le 27 février. Contenu de leur message : inquiétude, traumatisme crânien, brève perte de connaissance initiale, suivie de troubles de conscience, fracture du bras, traumatisme thoracique, vomissements... l'ensemble évoquant un polytraumatisme grave. Diagnostic de profane, qui fait logiquement paniquer la surface. On évalue la durée de progression nécessaire pour la rejoindre à 7 heures dans une cavité étroite, très froide et réputée techniquement difficile. On croit comprendre que leur matériel de

bivouac est resté avec la victime et pourra être utilisé par les sauveteurs. Rumeur qui parasitera la gestion de surface qui n'enverra donc pas de matériel pour les équipes de sauvetage, qui en ont souffert (nécessité d'un débriefing précis avec établissement de listes fiable de matériel engagé).

6 H 30 : Lancement des alertes auprès de médecins, et d'équipes techniques, système Nicola, et artificiers.

10 H : Jean -Marie Gagneur prépare des kits médicaux à son cabinet. Patrick Guichebaron le rejoint à 10 H 30 et comble les oublis : collier cervical, résine pour l'immobilisation.

12 H : L'équipe médicale est la première équipe engagée sous terre (sans rééquipement de la cavité, sans équipe assistance - victime, sur des cordes dont certaines sont d'après les témoins en place depuis 25 ans). Elle sera suivie par l'équipe de la TPS, puis des premières équipes de désobstruction... La cavité sera rééquipée pour la première fois le 1^{er} mars, à partir de 0 H 30.

22 H : Patrick Guichebaron rejoint la victime. Sous Nubain, pour calmer la douleur et l'agitation de la victime, il pose un collier cervical et une résine brachio-antébrachiale. Elle est rapidement améliorée. Il institue un traitement par paracétamol et AINS qui sera poursuivi toute la semaine. Il passe un message à la surface sur l'état stable et rassurant de la victime et mentionne les mauvaises conditions de bivouac. Il reste 34 H sous terre et refera le même rapport en sortant au PC.

28 février, 8 H 30 : Jean-Marc Frey pénètre dans la cavité. Il reste 24 H sous terre dont 2 H environ auprès de la victime. Il poursuit le même traitement et donne un bilan rassurant, mais il insiste sur le fait que les sauveteurs souffrent du froid.

18 H 30 : Raoul Duroc s'engage sous terre. Il croise Patrick Guichebaron qui sort à 22 H 30.

Ce dernier donne en surface les informations suivantes : traitement Nubain mal supporté – quelques vertiges – bon état global – froid.

Raoul Duroc va rester 40 H sous terre. Il demande un Ferno-Ked pour tenter de déplacer légèrement la blessée vers un point chaud plus confortable. Le Ferno-Ked est amené de Chambéry rapidement, mais restera en surface. Raoul Duroc demande avec insistance du ravitaillement, nourriture, eau, gaz et duvet.

29 février, 8 H 30 : Sortie de Jean-Marc Frey - même infos.

La désobstruction continue. En surface, la météo est sévère, neige, orage, vent. Les communications, tout par TPS (1^{er} secours sans téléphone à fil), sont difficiles. Il se produit de longues périodes sans aucune communication entre fond et entrée du trou ni entre entrée du trou et PC. En outre, on note souvent une compréhension imparfaite des messages entendus. Les trajets PC - trou en moto-neige sont parfois acrobatiques, des suraccidents auront lieu. Les variations de la température extérieure favorisent dans le trou des accumulations de CO et gaz de tirs, qui ne simplifient évidemment rien. Un sauveteur sera hospitalisé pour intoxication aux gaz.

18 H 30 : Yves Prunier (SSF 74) arrive sur le site, Claire Goudian annonce son départ pour le 1^{er} mars.

19H30 : Yves Prunier entre sous terre. Il sortira le 4 mars à midi.

Dans la nuit du 29 au 1^{er} mars, des équipes sont envoyées pour rééquiper enfin la cavité. Dans le même temps, la victime est emmenée au 2^{ème} point chaud, où Yves Prunier prend le relais. Il poursuit la mission engagée par ses prédécesseurs : donner du paracétamol, rassurer la victime et les spéléos, la surface et le préfet. Il n'a pas à se plaindre du nouveau bivouac. En attendant son train, Claire Goudian fait de la gestion de surface et envoi du ravitaillement au fond.

1-2-3- mars : désob, paracétamol, bilan rassurant, ça brasse.

4 mars : Arrivée de France Rocourt (SAMU 38) qui rencontre en surface Yves Prunier. Au bout de 8 jours, avec le repos, l'immobilisation, le paracétamol et les AINS,

les douleurs ont nettement diminué, ce qui permettra à France Rocourt d'enlever la résine dans la soirée. Jacques Chambard (SSF 73) assure l'évacuation sans problème particulier.

5 mars, 6 H : suraccident après le début de l'évacuation (développement ci-dessous).

5 mars, 18 H : La victime est emmenée par hélicoptère à Chambéry. Rétrospectivement, avec les résultats du bilan hospitalier, chez nous, au chaud et le ventre plein, nous pouvons porter les diagnostics de contusions et hématomes. Mais le tableau clinique initial ne permettait pas à Patrick Guichebaron d'exclure une entorse cervicale grave et des fractures du MSG. Il a donc traité classiquement afin d'éviter toute complication ultérieure.

Suraccident :

5 mars, 6 H : Après le début de l'évacuation de la première victime, un spéléo ardéchois reçoit un autre sauveteur qui chute de 3 m. : traumatisme cervical en flexion forcée (craquement perçu par les témoins), puis chute contre la paroi, en arrière, avec hyper-extension puis TC et à nouveau flexion forcée. Pas de plainte immédiate, mais l'orthostatisme provoque un malaise avec PC. Le blessé est alors en compagnie de France Rocourt qui le prend en charge. Elle demande Nubain et Fentanyl et juge l'évacuation en civière nécessaire. Celle-ci sera longue : 20 H de brancardage : hyperalgie et troubles de conscience. Sa corpulence nécessite de nouveaux tirs.

6 mars, 6 H : Départ en hélicoptère pour le CHU de Grenoble, à la demande de France Rocourt inquiète devant l'état du blessé. La suite du bilan confirmera une entorse cervicale et des contusions cérébrales. Il guérira sans séquelle.

Il serait trop long de détailler ce méga-secours (1160 tirs, 293 personnes inscrites au PC, dont 260 allées sous terre, 200 artificiers, 9 médecins, 4 suraccidents plus 3 problèmes en surface, 4393 heures passées sous terre...). L'ambiance au PC mêlait l'effervescence liée à la difficulté de gérer la multiplicité des missions, le grand nombre des explosifs, la bouffe en surface, l'hébergement, les communications, l'aspect « national » du secours et, paradoxalement la décontraction

due à l'absence totale d'inquiétude concernant la victime. J'avais l'impression de participer à un gros exercice régional. Il y a eu le nombre d'erreurs que l'on peut s'attendre à rencontrer dans un sauvetage de cette ampleur. Les compétences techniques du SSF ne sont plus à démontrer comme on a encore une fois pu le constater, ainsi que la solidarité manifestée par les spéléos et les non-spéléos locaux (motos-neige, accueil, pompiers...). On peut vraiment regretter l'absence d'équipe assistance-victime et la difficulté à prendre en charge les besoins physiologiques des sauveteurs et de la victime, nous ne sommes que de pauvres humains.

Dans les semaines suivantes, comme d'habitude, les polémiques naissaient. Entre autres : les non-médecins avaient du mal à réaliser ce que nous rabâchons constamment : nous ne faisons que des suspicions de diagnostic, nous n'avons pas de rayons X intégrés. L'important reste que le traitement ait été adapté et que la victime s'en soit sortie au mieux. Cette attitude chez les spéléos non médecins est compréhensible, beaucoup ont très bien compris par la suite la motivation des choix faits. En revanche, le «compte-rendu médical» de Monsieur le Directeur des Secours Médicaux, publié à l'automne nous a tous choqués. Rien dans les contacts antérieurs ne permettait d'en imaginer le contenu. Il se met en scène comme le seul ayant fait un bon travail, mal secondé par des confrères incompetents d'un point de vue spéléo ou

médical, voire les deux. Ceci l'oblige à déformer les faits pour appuyer ses élucubrations. Il y est mentionné les noms des victimes et détaillé les informations sur leur état. Un héros est au delà de notions aussi banales que discrétion et secret professionnel ainsi que de respect de la vérité ou correction à l'égard des confrères (pour plus de détail, cf code de déontologie). Il conclut son récit en préconisant sa présence pour évaluer les compétences des médecins, le matériel engagé, le mode d'évacuation. Il déplore dans ce rapport le peu de médecins spéléos disponibles. Or, beaucoup de médecins se sont rendus disponibles. Ce sont des médecins du SSF, donc des bénévoles qui n'ont ni garde ni astreinte spéléos. En temps que pompier, lui a reçu 6211,35 francs, il venait une fois le matin et repassait le soir et faisait fonctionner normalement son cabinet le reste du temps. La lecture de ce procès-verbal a réjoui l'ensemble des membres de la CoMed qui a choisi de publier la présente mise au point.

Références :

- Compte-rendu Secours à la Tanne des Crolleurs, CDS Savoie. C.Dodelin, P. Lasserre.
- Info SSF – 58, septembre 2000 : Rapport des CT de Savoie.
- Spéléo-secours 73 – Compte-rendu médical – Accident tanne des Crolleurs 27/2-6/3 – Docteur Jean-Marie Gagneur.

***Secours du 29 février 2000 au 6 mars 2000
Tanne des Crolleurs – Aillon le Vieux – Savoie***

Vu par le Dr F. Rocourt

Il s'agit d'aller relayer le docteur Prunier au chevet d'une spéléologue de 30 ans, victime le samedi 26/02/00 en fin de soirée d'une chute dans la Tanne des Crolleurs. En raison de ses lésions, elle est coincée dans la grotte très étroite. Il a été décidé de la sortir de la cavité à l'aide d'un brancard. Les dynamitages se sont échelonnés 7 jours. Plusieurs médecins se sont relayés à son chevet durant cette période. L'équipe médicale (France Rocourt, Josiane Lips, Jean-Louis Rocourt) rejoint le point chaud situé à la cote -240 m à 18 heures le

samedi 4 mars 2000. La victime est installée confortablement et écoute de la musique... A l'examen clinique, on retrouve:

- Ne semble pas avoir de température état cardio - vasculaire normal, un état neurologique partait.
- Un petit hématome pariéto-occipital gauche avec plaie punctiforme en voie de cicatrisation

Elle est porteuse d'une minerve que nous enlevons pour constater la mobilité et la

douleur de la colonne cervicale, mobilité latérale légèrement douloureuse, petite douleur à la palpation du muscle trapèze gauche. Le membre supérieur gauche est immobilisé dans un plâtre en résine circulaire (! !), celui ci démarre au dessus du poignet qui est libre de ses mouvements et se termine à la moitié du bras. L'examen (avec le plâtre) montre une mobilité du poignet normale, une légère douleur au cours des mouvements de pronation et surtout de supination. La mobilité du bras et de l'épaule sont normales, les mouvements de l'épaule provoquent une légère douleur au cou, une légère douleur est signalée lors de la toux, le traumatisme thoracique semble minime. La victime signale d'autres hématomes : à la cuisse gauche, à la tête du péroné gauche, nous n'allons pas voir leur état, ceci impliquerait un déshabillage Elle propose de sortir par ses propres moyens, cette proposition est rejetée car la cavité est prête pour le brancardage.

Nous nous contentons donc de poursuivre le traitement en cours : VOLTARENE 1 cp/12 heures, DAFALGAN 0,5 g 1 cp/8 heures. Devant le risque d'œdème pouvant survenir à l'occasion du brancardage (la main à gonflé au début de l'immobilisation du coude). Il est décidé de fendre le plâtre avec une scie circulaire de modélisme descendue dans ce but (Jean-Louis Rocourt).

Après un repos de quelques heures, la victime est installée sur un brancard spéléo et le brancardage démarre le dimanche 5 mars à 6 h 45 dans le laminoir situé au dessus du point chaud.

A 7h45 survient un autre accident. La première victime continue la remontée sans médecin vu son état jusqu'à l'arrivée du Docteur Chambard qui l'accompagnera jusqu'à la sortie.

Le Suraccident :

Un spéléologue, de l'équipe de brancardage à laquelle s'est intégrée l'équipe médicale, tombe du sommet d'un ressaut de 3 mètres sur la tête et le cou d'un second spéléologue secouriste de 39 ans. La victime perçoit un gros bruit de craquement au niveau des vertèbres cervicales suivi de violentes douleurs à ce niveau, la mobilité des membres est normale Un collier cervical est mis immédiatement en place (il y en avait dans les sacs médicaux) et le blessé qui n'a pas de signes neurologiques propose de sortir par ses propres moyens soigneusement

accompagné. Le lieu de l'accident est exigü : 1 mètre de large par 2,5 mètres de long avec une petite arrivée d'eau. Malheureusement, quelques minutes plus tard: malaise avec pâleur, vomissements, vertiges, état de conscience fluctuant et état hémodynamique conservé. Le brancard situé au point chaud de - 240 m ainsi que le duvet pour blessé sont rapidement remonté à notre niveau. Nous installons un point chaud et allongeons le blessé dans le duvet sur le brancard; puis, mise en place d'une voie veineuse sur l'avant-bras gauche (16 G) avec mise en route du traitement suivant :

PRODAFALGAN 1 gramme IV / PROFENID 100 mg IV / PRIMPERAN 1 amp. IV / NUBAIN 6 mg V

Perfusion de 100 cc de sérum physiologique, 500 CC de Ringer, 500 cc de glucosé à 5% (apport total pour le secours).

Un attente de 2 heures est décidée pour voir l'évolution de la victime. A l'issue de cette attente : conscience normale, pas de troubles neurologiques, état hémodynamique correct, colonne cervicale toujours très algique. L'évacuation en brancard démarre donc à 10 h 15. Le brancardage est pénible et douloureux pour le blessé, les manipulation et le moindre choc déclenchent de vives douleurs cervicales, des malaises surviennent dès que les pieds du blessé sont légèrement au-dessus de la tête. Un arrêt pour restauration de l'équipe et évaluation de l'état du blessé a lieu à la salle de la chute. Le blessé prend des boissons chaudes et fume une cigarette; il est toujours aussi algique malgré: DAFALGAN 1g 6h, VOLTARENE 1 cp/ 8h, NUBAIN 6mg/4H. Le brancardage se poursuit au sommet du P 25 : malaise avec vomissent, froid; on ajoute donc le Heatpack au blessé, ce qui améliore son état, il trouve ce « chauffage central super! ». Arrivée a la surface à 6 h 10 le lundi 6 mars après un brancardage long et douloureux. Le jour commence à poindre, nous sommes accueillis par des amis... Temps passé sous terre par l'équipe médicale : 40 heures

Evacuation de cet ardéchois sur le CHU de Grenoble par l'hélicoptère de la protection Civile d'Annecy accompagné par le Docteur J. Chambard du Spéléo Secours Savoie.

Réunion CoMed Aillon le Jeune le 02/06/2001

Dr Yves Kanéko

Un réunion informelle de notre commission eut lieu pendant l'A.G. de la FFS, en voici les grandes lignes :

Présents :

Marie Jo BRAVAIS, Jacques CHAMBARD, Agnès DELERON, Raoul DUROC, Claire GOUDIAN, Yves KANEKO, Claude MOURET, Jean Michel OSTERMANN, Bernard THOMACHOT.

Notre salle étant occupée; nous nous sommes retrouvés au soleil sur la terrasse du village vacances, autour d'une table balayée par une petite brise fraîche.

Pendant nos discussions, nous sommes abordés par un fédéré concernant l'interprétation du texte « certificat médical et contre-indications », texte qui devrait être revu pour aplanir les équivoques. Ce sujet sera l'objet de discussions pendant l'A.G.

- Interventions dans les stages : il paraît important de préparer un référentiel des sujets à présenter pendant les stages, afin d'améliorer la prévention des accidents spéléologiques. J.M. Ostermann s'en charge.

Question : existe t- il une obligation d' A. F. P. S. pour passer moniteur Spéléo ? R : non.

- Stage d'Assistance aux Victimes: il eut lieu cette année en Ardèche, encadré au niveau CoMed par C. Goudian et R. Duroc, bon stage.

- Il n'existe pas à la CoMed de liste exhaustive des médecins volontaires pour les interventions secours, avec leur niveau spéléo, plongée, et autres spécificités : liste demandée par le SSF. A étudier.

- Sauvetage des « Crolleurs »:

Le Docteur Gagneur critique ouvertement les 1° soins et l'organisation des secours : les médecins (Dr Guichebaron, Duroc, Fray) qui sont intervenus sous terre

n'auraient pas eu les compétences médicales, de communication, etc. Notre confrère semble vouloir être juge du niveau de compétence médicale et spéléologique...

Il en ressort aussi un problème de passage de l'info entre l'équipe souterraine et celle de surface, avec problème du secret médical vis à vis des médias présents sur les lieux. De toutes façons, une réponse à l'article du Dr Gagneur est en préparation.

Les Conseillers Techniques devraient connaître la liste des Equipiers d'Assistance aux Victimes, leur formation, ainsi que le rôle et les limites d'action des médecins secouristes. Ceci permettrait de limiter une surmédicalisation des interventions.

- G. T. I. F.: La rencontre avec B. Thomachot est fructueuse : il propose une aide à la création du site Internet de la CoMed. la place d'interlocuteur privilégié est occupée par Raoul, en attendant une autre candidature. Il agira comme filtre variable nécessaire à une diffusion rapide des informations.

- Discussion sur la couverture de survie : Problème de celle ci quand elle est fixée dans le casque, car elle empêche la bonne ventilation de celui-ci. De plus, limite l'espace amortisseur entre calotte du casque et la voûte crânienne et diminue ainsi le rôle protecteur du casque. Enfin, elle perd ses pouvoirs réflecteurs en perdant le film métallique.

Il est recommandé de la transporter dans une poche de la combinaison ou dans une botte et de toutes façons, la changer régulièrement.

- Rage : un vétérinaire nous a signalé le cas d'un chercheur décédé de la rage, aurait été contaminé par une nébulisation d'urines de chauve souris en Amérique du Sud.

La prochaine réunion CoMed aura lieu le 01/11/2001 à Salavas en Ardèche + balade à l'Aven d'Orgnac (nouveau réseau).

REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE (CoMed) DE LA FEDERATION FRANÇAISE DE SPELEOLOGIE

Article 1 - Définition:

Conformément à la loi 84-610 du 16 juillet 1984, modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives il a été créé une Commission Médicale Nationale de la Fédération Française de Spéléologie, désignée sous le vocable "CoMed".

Article 2 - Buts:

Elle a pour buts d'étudier et de promouvoir:

- les aspects médicaux de la prévention,
- les aspects médicaux et physiologiques de l'activité sportive,
- les aspects matériels et techniques de la médicalisation en spéléo-secours,
- les recherches médicales, physiologiques et biologiques dans le cadre du milieu souterrain, ou ayant un impact direct sur celui-ci.
- Le soutien, dans la mesure de ses moyens, des actions qui lui ont été proposées, et qu'elles a acceptées, comme le soutien à des thèses de médecine ayant trait à la pratique de la spéléologie.
- Le maintien d'une base de données des connaissances, incluant notamment une bibliothèque spécialisée, destinée à la recherche médicale liée à la spéléologie et à la promotion de la prévention.

Article 3 - Composition

3.1 - La CoMed est administrée et animée par:

- * Un Président, qui est de ce fait le Médecin Fédéral National...
- * Un Président Adjoint,
- * Un représentant du Comité Directeur Fédéral, conformément à l'article 19 des statuts de la FFS.
- * Les Médecins coordinateurs nationaux, formant avec le Président, le Président adjoint et le représentant du Comité Directeur le Conseil Technique de la CoMed,
- * Les Médecins Fédéraux Régionaux: un par Comité Spéléologique Régional (CSR),
- * Les Médecins Fédéraux Départementaux: un par Comité Départemental de Spéléologie (CDS),
- * Des membres collaborateurs: ce sont tous les membres FFS, médecins ou non, désirant participer aux actions de la CoMed,
- * Des membres correspondants: ce sont toutes les personnes, fédérées ou non, françaises ou étrangères, qui participent régulièrement, et de quelque façon que ce soit, à la vie de la CoMed.

3.2 - La CoMed est dirigée par une Direction Nationale et un Conseil Technique.

La Direction Nationale est composée par:

- Le Président, élu pour 4 ans par le Comité Directeur Fédéral parmi les médecins fédérés, conformément aux statuts et au règlement intérieur de la F.F.S., qui prend les fonctions de Médecin Fédéral National. Le Conseil Technique CoMed en exercice peut proposer un candidat.
- le Président adjoint, élu pour 4 ans par le Comité Directeur fédéral sur proposition du Président de la CoMed.
- un représentant du Comité Directeur Fédéral,
- et, si nécessaire, 1 (ou 2) membre(s) supplémentaire(s), secrétaire et, ou trésorier, élus pour 4 ans, en son sein, par le Conseil Technique CoMed, sur proposition du Président.

Le Conseil Technique est composé de 5 à 11 membres: il comprend:

- La Direction Nationale, le Président de la CoMed étant par ailleurs le Président du Conseil Technique,
- Et les Médecins Coordinateurs Nationaux, désignés annuellement parmi les médecins fédérés par le Conseil Technique sortant et les par médecins fédéraux régionaux réunis en assemblée plénière au décours de l'Assemblée Générale annuelle de la F.F.S.. Chaque membre présent ne peut avoir plus de deux procurations. Pour que les décisions du Conseil Technique soient valides, un quorum d'un tiers des membres doit être atteint, procurations incluses. Les candidatures sont recevables jusqu'au début du scrutin. Le vote a lieu à bulletins secrets. Pour être valable, le bulletin de vote doit comporter une liste nominative de candidats. Le nombre de ces candidats doit être compris entre un et le nombre de postes à pourvoir. Sont élus au premier tour les candidats recueillant à la fois le plus de voix et la majorité absolue des votes

exprimés. Si, après le premier tour, tous les postes n'ont pu être pourvus, un deuxième et dernier tour est réalisé pour les postes restants dans les mêmes conditions que le premier. En cas d'égalité sur le dernier poste à pourvoir, l'avis du Président de la CoMed est prépondérant. En cas d'impossibilité de réunir cette assemblée, ou d'absence de quorum, la Direction Nationale peut décider d'un vote par correspondance organisé sous le contrôle des instances dirigeantes fédérales et ultérieurement validé par un vote en séance plénière.

3.3 - Les Médecins Fédéraux Régionaux

Ils sont élus par les représentants des C.D.S. en leur C.S.R. parmi les médecins fédérés. Ils doivent se faire reconnaître des instances sportives régionales (DRJES ET CROS) et de la Direction Nationale de la CoMed.

3.4 Les Médecins Fédéraux départementaux

Ils sont élus par les représentants des clubs en leur C.D.S. parmi les médecins fédérés. Ils doivent se faire connaître des instances sportives départementales et de la Direction Nationale CoMed.

Article 4 - Missions de la CoMed

4.1 - Direction Nationale de la CoMed

4.1.1 - Le Président de la CoMed est seul responsable de la commission devant le Comité Directeur Fédéral. A ce titre, il dirige toutes les actions de la CoMed, sur les plans administratif, financier et opérationnel. Il applique la politique fédérale dans le domaine qui concerne la CoMed, dans le respect des orientations définies par les organismes de tutelle. Il représente l'avis consultatif de la CoMed auprès du Comité Directeur. Il peut se faire représenter par le Président Adjoint, ou à défaut un membre du Conseil Technique.

4.1.2 - La Direction Nationale gère les affaires courantes et coordonne les diverses actions de la CoMed. Elle établit le lien entre la CoMed et ses différents partenaires. Elle recherche les moyens financiers nécessaires au fonctionnement de la CoMed. Elle engage les dépenses conformément au budget proposé par le Conseil Technique, voté par le Comité directeur fédéral, et dans le respect des engagements pris auprès des organismes de tutelle.

4.2 - Le Conseil Technique contrôle l'action de la Direction Nationale CoMed. Il est réuni sur convocation et ordre du jour établi par la Direction Nationale, au moins une fois par an, en fonction des problèmes à traiter. Il examine le rapport d'activité et le bilan financier de l'année écoulée, présentés par la Direction Nationale. Il entend les rapports d'activité des Médecins Coordinateurs Nationaux, des Médecins Fédéraux Régionaux, des Médecins Fédéraux Départementaux et des membres collaborateurs.

Il organise la collecte permanente des renseignements médicaux, techniques et administratifs relatifs aux rôles définis dans l'Article 2 du présent RI. Il coordonne la mise en place des actions de formation CoMed. Il définit les grandes orientations d'activité pour l'année à venir et propose le budget. Il répartit les tâches des Médecins Coordinateurs nationaux et des membres collaborateurs. Il traite les questions à l'ordre du jour. Il s'exprime par un vote à la majorité absolue, la voix du président étant prépondérante en cas d'égalité. Chaque membre du Conseil Technique ne peut avoir plus de deux procurations.

4.3 - Médecins Coordinateurs Nationaux: ils ont un avis consultatif permanent sur l'action de la Direction Nationale. Ils participent aux travaux du Conseil Technique. Ils contribuent à l'animation d'une zone géographique interdépartementale pour aider les Médecins Fédéraux Régionaux et Départementaux dans leurs actions locales.

4.4 - Médecins Fédéraux Régionaux et Départementaux

4.4.1. - Missions générales:

Les Médecins Fédéraux Régionaux et Départementaux ont pour fonctions de répercuter les décisions prises par le Conseil Technique de la CoMed et de le renseigner des informations ou des problèmes qui peuvent se poser dans leur zone géographique.

4.4.2 - Médecins Fédéraux Régionaux:

Ils sont le lien entre leur CSR et les Médecins Fédéraux Départementaux. Ils sont aussi le lien entre leur CSR et la Direction Nationale de la CoMed. Ils ont pour mission de constituer, au service de leur région, un groupe de travail et de réflexion où sont regroupés les membres fédérés s'intéressant aux actions de la CoMed. Ils participent à la désignation des membres du Conseil Technique. Ils participent, à titre consultatif, aux travaux et

réunions du Conseil Technique. Les frais correspondants sont à la charge du CSR, sauf tâche particulière confiée par le Conseil Technique.

4.4.3 - Médecins Fédéraux Départementaux: Ils sont le lien entre leurs instances départementales et les différentes instances de la CoMed. Ils appliquent la politique de la CoMed dans leur département. Les frais correspondants sont à la charge du CDS, sauf tâche particulière confiée par le CSR ou le Conseil Technique.

4.5 - Les membres de la CoMed appartenant à d'autres organismes (administrations ou autres) ne peuvent pas engager d'action ou prendre de responsabilité dans la CoMed au nom de leur organisme.

Article 5 - Moyens de la CoMed

5.1 - Moyens d'action:

Les moyens d'action de la CoMed sont:

- les liens entre les individus, organismes ou associations,
- la collecte de toutes les données nécessaires à son action,
- la réunion de ses différentes instances,
- la circulation d'informations entre ses membres,
- la diffusion de ses travaux,
- l'organisation d'actions de formation et de recherche.

5.2 - Moyens administratifs:

Les fonctions des divers responsables de la CoMed sont officialisés par les instances fédérales de la FFS et, si possible, par l'administration compétente:

- Président (Médecin Fédéral National).
- Médecins Fédéraux Régionaux: reconnaissance par les instances sportives régionales et la Direction Nationale CoMed.

5.3 - Moyens financiers:

- Au niveau national, les ressources de la CoMed sont les suivantes:

- * crédits alloués dans le cadre du budget fédéral voté par le Comité Directeur FFS,
- * subventions de l'administration,
- * aide de mécènes,
- * indemnités pour prestations et fournitures de produits,
- * remboursements de frais.

- Aux niveaux régional et départemental, les ressources proviennent des structures fédérales (CSR, CDS) et d'aides extérieures (administrations, mécènes).

Article 6- Groupes de travail:

Des groupes de travail présentant un caractère spécifique peuvent être créés. Ils sont chargés de missions particulières par le Conseil Technique CoMed, à qui ils doivent rendre leurs résultats.

Article 7 Règlement Médical

7.1 Conformément à l'article 3622-1 du nouveau code de la Santé Publique, la première délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Pour la pratique de la plongée souterraine, la délivrance du certificat médical doit être annuelle. Les médecins amenés à réaliser cet examen pour cette discipline précise doivent être titulaires :

- Soit du Certificat d'Etudes Spéciales ou la Capacité de Médecine Hyperbare,
- Soit de la capacité de Médecine et Biologie du sport et agréés par la Fédération Française d'Etudes et Sport Sous Marins.

7.2 L'obtention du certificat médical mentionné à l'article 7.1 est la conclusion d'un examen médical qui peut

être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'état en Médecine. Cependant, la Commission Médicale de la FFS :

- rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens.
- précise que le contenu et la rigueur de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du pratiquant
- conseille :
 - de tenir compte des pathologies dites "de croissance" et des pathologies antérieures liées à la pratique de la discipline,
 - de réaliser un test de Ruffier-Dickson,
 - de consulter le carnet de santé.
- insiste sur le fait que les contre-indications relatives suivantes à la pratique de la discipline :
 - insuffisance staturo-pondérale,
 - maladies cardio-vasculaires à l'origine de troubles à l'éjection ventriculaire gauche et/ou de troubles du rythme à l'effort ou lors de la récupération,
 - lésions pleuro-pulmonaires évolutives,
 - affections morphologiques statiques et/ou dynamiques sévères en particulier du rachis dorso-lombaire avec risque de pathologie aiguë ou d'usure accélérée,
 - Diabète insulino - dépendant,
 - Epilepsie, pertes de connaissance, vertiges, troubles de l'équilibre,deviennent absolues pour la pratique d'un stage de cadre.
- préconise:
 - une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 35 ans,
 - une mise à jour des vaccinations,
 - une surveillance biologique élémentaire.

7.3 Tout licencié qui se soustraira à la vérification de sa situation en regard des obligations du contrôle médico-sportif sera considéré comme contrevenant aux dispositions de règlements de la F.F.S. et sera suspendu jusqu'à régularisation de la situation.

7.4 Toute prise de licence à la F.F.S. implique l'acceptation de l'intégralité du règlement antidopage de la F.F.S.

7.5 Tout membre de la commission médicale travaillant avec les « collectifs nationaux » ne pourra faire état de sa fonction et publier les résultats de ses travaux sans l'accord des autres membres de la commission.

Article 8 - Divers

8.1 Toutes les personnes exerçant des responsabilités ou des actions au sein de la CoMed sont censées avoir pris connaissance du présent R.I. et en avoir accepté le contenu.

8.2 Ce R.I. annule le précédent et toute disposition technique prise antérieurement concernant le fonctionnement de la CoMed. Il a été approuvé le 18 mars 2001 par le Comité directeur Fédéral de la FFS, après avis favorable de la Commission des Statuts et Règlements Fédéraux, conformément au Règlement Intérieur de la Fédération Française de Spéléologie.

8.3 Toute modification du règlement médical fédéral devra être transmis pour approbation au Ministre chargé des sports.



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPELEOLOGIE

130, rue Saint Maur - 75011 PARIS

CERTIFICAT MEDICAL POUR LA PRATIQUE DE LA SPELEOLOGIE ET DU CANYONISME

La Spéléologie et le canyonisme sont des sports difficiles à codifier. Il n'existe pas de classement strict des cavités et canyons, et tous les niveaux de pratique sont possibles.

L'effort au cours de la progression intéresse tous les groupes musculaires. La progression, très variée, peut être rapprochée du "parcours du combattant", à plus grande échelle, mais sans la notion de compétition. C'est une progression associant marche, escalade, ramping, descente et remontée, méandres, ressauts, passages bas et grandes verticales.

Sur le plan physiologique, il s'agit d'un effort prolongé sur plusieurs heures, voire plusieurs jours avec passages d'intensité musculaire maximum, de courte durée, le tout se déroulant dans un milieu hostile, où la déperdition énergétique est accentuée par le froid et l'humidité.

L'EXAMEN MEDICAL

A / Pour une pratique « loisirs » de la spéléologie ou du canyonisme en tant qu'activité de pleine nature(inscription à un club, pratique sous une forme touristique, stages techniques,...)

L'examen doit permettre d'informer le consultant sur ses possibilités physiques et ses limites. Il pourra ainsi prendre ses responsabilités et choisir son niveau de pratique. Dans ces conditions, il ne faut pas de compétence physique particulière; une intégrité anatomique et une bonne tolérance cardio-vasculaire suffisent.

Dans cet esprit, il n'y a pas de contre-indication propre à la spéléologie et au canyonisme. Toutefois, le risque de chute, la durée des expéditions (10 - 20 heures), l'éloignement des secours et le type d'activité choisi doivent faire discuter :

- les états syncopaux ;
- le diabète insulino-dépendant ;
- les états vertigineux vrais ;
- les insuffisances rénales ;

- les cardiopathies et leurs facteurs de risque ;
 - les atteintes osseuses, ligamentaires ou articulaires graves ;
 - la convalescence de maladies graves.

Le médecin consultera, conseillera, éventuellement contre-indiquera selon que le sujet se destine à une pratique plus ou moins intensive.

Par ailleurs, un examen cardio-vasculaire approfondi est fortement conseillé à partir de 35 ans (Electrocardiogramme, voire épreuve d'effort).

B / Pour un spéléologue consultant en vue de son inscription à un stage de formation de cadre de l'Ecole Française de Spéléologie ou de descente de Canyon

L'examen doit sélectionner des sportifs en bonne condition physique et psychique. Au cours de ces stages, le spéléologue sera amené à donner le maximum de ses possibilités. Par la suite, il sera responsable direct d'une équipe spéléologique, dans ses fonctions de cadre.

Dans cet esprit, les contre-indications suivantes seront définitives :

- les états syncopaux et l'épilepsie,
- le diabète insulino-dépendant,
- les états vertigineux vrais,
- les maladies cardio-vasculaires à l'origine de troubles à l'éjection ventriculaire gauche et/ou de troubles du rythme à l'effort ou lors de la récupération
- les lésions pleuro-pulmonaires évolutives
- les affections morphologiques statiques et/ou dynamiques sévères en particulier du rachis dorso-lombaire.

Nous rappelons que les vaccinations antitétaniques et antipoliomyélitiques sont très fortement conseillées.

C / Pour un spéléologue pratiquant la plongée souterraine

les contraintes physiologiques sont le cumul de celles dues à la spéléologie et de celles de la plongée.



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPELEOLOGIE

130, rue Saint Maur - 75011 PARIS

Tél. : 01.43.57.56.54 - Fax : 01.49.23.00.95 - Courriel : ffs.paris@wanadoo.fr

Site Internet : <http://www.ffspeleo.fr>

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur :

demeurant à :

certifie avoir examiné Mlle, Mme, M. (barrer les mentions inutiles):

né(e) le : à :

adresse :

membre actif de l'association sportive :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de la spéléologie ou du canyonisme à l'occasion (cocher la case correspondante) :

d'une pratique « loisirs » de ces activités de pleine nature ;

Pour un stage de formation de cadre.

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e), en un exemplaire, et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

Date :

Signature et cachet professionnel :



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPELEOLOGIE

130, rue Saint Maur - 75011 PARIS

Tél. : 01.43.57.56.54 - Fax : 01.49.23.00.95 - Courriel : ffs.paris@wanadoo.fr

Site Internet : <http://www.ffspeleo.f>

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur :
(cocher la case correspondante)

Médecin agréé F.F.E.S.S.M.

Titulaire du diplôme de médecine hyperbare

demeurant à :
.....

certifie avoir examiné Mlle, Mme, M. (barrer les mentions inutiles):
.....

né(e) le : à :

adresse :
.....
.....

membre actif de l'association sportive :
.....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de la **plongée souterraine**.

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e), en un exemplaire, et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

Date :

Signature et cachet professionnel :