



L'ÉQUIPE MÉDICALE

Son action et sa place dans le déroulement des secours spéléologiques

Le principe de la médicalisation sur les lieux de l'accident est assez récent. Ce sont les découvertes réalisées ces dix dernières années par les réanimateurs qui ont imposé cette idée.

Schématiquement, tout repose sur la notion d'état de choc réversible. Tout blessé est (ou sera) en état de choc. Pendant un certain temps, celui-ci sera facilement contrôlé par le traitement, mais il se transformera en maladie autonome, irréversible et grave, indépendante des lésions initiales, si aucun traitement n'est mis précocement en route.

Ces dernières années, beaucoup de blessés arrivaient à l'hôpital, vivants bien-sûr, mais en état de choc déjà irréversible. C'était parfois source de décès à court et moyen terme, et souvent de complications graves avec séquelles.

Les réanimateurs nous ont enseigné des gestes simples et efficaces qui, mis en œuvre le plus tôt possible, permettent d'éviter parfois le décès immédiat, mais surtout de **maintenir le blessé au stade réversible du choc (ou de le corriger complètement) et de préserver ainsi son avenir.**

L'examen initial du blessé permet, à lui seul, de prévenir un bon nombre de complications et de **séquelles**, en adaptant le mieux possible les moyens d'immobilisation aux types de blessures.

Enfin, l'équipe médicale permet d'adapter le secours au type de blessé et soulage le Conseiller Technique responsable sur de nombreux points.

En conclusion à cette entrée en matière, le secours ne doit plus être considéré de manière ponctuelle (survie immédiate et transport), mais doit prendre en compte toute la chaîne de soins de l'instant de l'accident au moment de la réinsertion sociale du blessé (reprise de son travail). Dans cet esprit, les efforts de médicalisation sont pleinement justifiés.

Buts du traitement

Grâce à cette perfusion, nous allons pouvoir «remplir» le blessé et corriger l'état de choc. Il sera parfois nécessaire de répéter cette opération au cours de l'évacuation (intérêt d'une bonne surveillance). Grâce à cette perfusion, nous allons pouvoir injecter des médicaments directement dans la circulation du sang, calmer les douleurs, soutenir le cœur, apporter des calories (sucre) et éventuellement de la chaleur.

LE MATÉRIEL

Il diffère peu entre les différentes équipes; seuls, l'abondance et le conditionnement varient. Il comprend toujours quatre rubriques:

- 1 - matériel para-médical pour installation et réchauffement
- 2 - matériel d'immobilisation: atelles, minerve, plâtre
- 3 - matériel de perfusion: aiguille et tubulure stérile, flacons (souvent fragiles)
- 4 - matériel pharmacologique, composé de drogues injectables, à visée anti-douleur, cardio-stimulant, etc...

Une partie de ce matériel est fragile et doit rester absolument propre. Les moyens de conditionnement doivent être sérieusement étudiés à l'avance. Les spéléos devraient être familiarisés avec ce matériel, dans chaque département.

LA TECHNIQUE MÉDICALE

Il est important que les spéléologues participant à des secours, soient au courant du matériel, des techniques employées et des buts recherchés. Ils doivent comprendre aussi les difficultés auxquelles se heurte l'équipe médicale, afin de préserver l'harmonie du secours.

L'examen du blessé

Il n'y a pas de soins sans diagnostic et pas de diagnostic sans examen. Ce n'est donc pas une perte de temps d'installer correctement le blessé et de le déshabiller. Ce n'est malheureusement pas toujours possible, mais, même dans ces conditions optimales, le bilan **reste très difficile.**

Il sera parfois impossible pour le médecin d'affirmer aussi bien la présence que l'absence d'une lésion. Dans le doute, nous prévoyons le pire. C'est le cas le plus fréquent en ce qui concerne les fractures de la colonne vertébrale.

Docteur Jean BARIOD
COMMISSION MÉDICALE F.F.S.
67, Av. République
39300 CHAMPAGNOLE



L'installation dans le brancard

Le confort, la chaleur et la parfaite immobilisation des fractures sont les éléments de base de la lutte contre le choc. Nous aurons souvent besoin de beaucoup de bras pour installer le blessé. Les spéléos doivent collaborer à cette étape souvent longue et minutieuse. Il est important également de disposer d'un vêtement spécial (duvet) pour emballer le blessé (il va y rester des heures). Autant donc l'installer correctement dès le départ... Ce sera souvent du temps gagné par la suite.

La mise en route du traitement

L'efficacité est liée à la pose d'une perfusion. Ce geste apparemment simple d'enfiler une aiguille dans une veine, pose bien des problèmes chez un blessé choqué (veines plates). Dans le milieu souterrain, la difficulté est encore plus grande. Là encore, il faut du temps, de la patience et une bonne installation. L'éclairage est primordial, et il faut travailler dans de bonnes conditions de propreté pour essayer de respecter les impératifs d'aseptie.

L'afollement et une activité désordonnée autour du blessé suffisent à compromettre l'efficacité de ces gestes. C'est au médecin spéléo de chaque équipe de familiariser les spéléos à ces techniques, afin de pouvoir être aidé efficacement.

INTERACTION ENTRE LES DEUX ÉQUIPES

Un principe de base : l'équipe médicale reste purement médicale, et ne prend pas part à l'organisation technique de l'évacuation. Le déroulement « idéal » du secours pourrait être celui-ci :

- 1 - Descente auprès du blessé des deux équipes (l'équipe spéléo aidant éventuellement au transport du matériel médical);
- 2 - Action isolée de l'équipe médicale pour le premier bilan; l'autre équipe préparant et évaluant les difficultés techniques de l'évacuation;
- 3 - Concertation des responsables des deux équipes :
 - évaluation de la gravité des blessures et de l'état du blessé.
 - évaluation de la difficulté d'évacuation et des impératifs techniques
 - contre-indication de certaines techniques spéléo en fonction des lésions
 - décision d'installation du blessé en cas de mobilisation impossible
 - etc...;
- 4 - Après les soins et la mise en condition, l'équipe médicale donne le feu vert pour l'évacuation et précise le degré de surveillance nécessaire et la fréquence des arrêts pour bilan ou traitement;

Tyrolienne dans le gouffre Berger lors du stage de spéléo-secours en 1981. Cl. Dany Martinez.

5 - L'évacuation se poursuit sous la surveillance médicale, qui pourra, à tout moment, demander l'arrêt de la progression.

Avec cette distribution des tâches respectives des participants, il doit être possible d'harmoniser l'action des deux équipes.

La multiplication des équipes médicales au sein des spéléo-secours départementaux (25 départements couvrant 95% des zones les plus karstifiées ont un spéléo-secours médicalisé) traduit la réalité du besoin (en 1981, sur 11 interventions spéléo-secours, 9 étaient médicalisées).

Dans les prochains numéros de Spelunca, nous aborderons des sujets plus généraux : physiologie de l'effort et nutrition, épuisement, hypothermie.

Nous espérons avoir sensibilisé, avec cette suite de trois articles, les spéléologues intéressés par le secours.