

Manuel d'Assistance

aux victimes en Spéléologie

Commission Médicale
de la Fédération Française de Spéléologie





Manuel d'Assistance

aux victimes en Spéléologie

Dr Raoul DUROC
Dr Claire GOUDIAN

2002

Commission Médicale de la Fédération Française de Spéléologie



Introduction	
Particularités du secourisme spéléo	p. 9
<hr/>	
« Assistance Victime	
<hr/>	
Nombre de personnes	p. 11
Compétences	p. 12
Formation	p. 12
<hr/>	
Comment aborder la victime	
<hr/>	
Matériel spécialisé	p. 13
Intégration de l'équipe AV dans un sauvetage	p. 14
<hr/>	
Mission	
<hr/>	
Jonction avec la victime	p. 15
Premiers soins de secourisme	p. 16
Point chaud	p. 16
Logistique	p. 18
1 ^{er} déplacement	p. 18
Bilan lésionnel	p. 19
Soins de base	p. 20
Transmission au PC de surface	p. 20
Aide à la médicalisation	p. 21
Surveillance, assistance pendant le transport	p. 21
Logistique	p. 21
<hr/>	
Conclusion	p. 22
<hr/>	
Bibliographie	p. 23
<hr/>	
Abréviations utilisées	p. 23
<hr/>	
Relecture	p. 24
<hr/>	
Crédits Photographiques	p. 24
<hr/>	
Remerciements	p. 24
<hr/>	
Annexe A (fiche de collecte d'information)	p. 25
<hr/>	
Annexe B (contenu sherpa point chaud)	p. 26

L'assistance aux victimes est un concept novateur, mis au point par la Commission Médicale de la F.F.S. (CoMed), et le Spéléo Secours Français. On doit surtout au Dr BARIOD son développement et la réalisation des premiers stages, à la fin des années 80.

Partant de la constatation que les sauvetages en spéléologie sont des opérations longues; que de l'état précis de la victime va dépendre toute une logistique; vu également le peu de médecins spéléologues disponibles en permanence; l'idée d'une prise en charge des sinistrés par une équipe formée à cet effet a fait son chemin. Elle a été rapidement validée lors des nombreuses opérations menées par le S.S.F..

Mais la bonne parole a quelquefois du mal à être entendue, et l'on voit encore des interventions sans assistance, voire des départements à risque non équipés à ce niveau.

Il devenait donc urgent d'asseoir ce concept par une publication " de référence ", accessible à tous, et j'ai chargé les Docteurs GOUDIAN et DUROC de sa réalisation. Habités des secours souterrains, et cadres actifs des stages nationaux sur ce concept, ils étaient les candidats désignés pour un tel travail.

Le document présenté ici a donc pour but de sensibiliser les spéléologues sauveteurs à l'intérêt d'une assistance aux victimes en cas d'accident, en rappelant que ces notions seront en plus utiles à tout pratiquant, au cas où...

C'est également un document de base pour les stages, sachant que ceux-ci restent indispensables en raison des nombreux compléments apportés à ce texte, aux échanges qui y ont lieu, et de la dynamique qu'ils créent autour du concept.

Dr Jean Michel OSTERMANN
Médecin Fédéral National

L'idée de créer et former des équipes assistance victime est née de l'expérience de nombreux secours. Elle vient combler un manque constaté et vise à mobiliser tout le matériel et le personnel indispensable sans en multiplier inutilement le nombre. Si le secours dure, une bonne analyse des besoins vise un résultat idéal :

- Un matériel performant, toujours prêt.
- Une équipe spécialisée habituée à fonctionner avec le CTD et le médecin SSF.
- Un secours intégrant en permanence tous les paramètres décisionnels bien analysés.

Ce qui se traduit par une efficacité renforcée :

- Des équipes reposées, se relayant régulièrement.
- Le transport de tout le matériel en un minimum d'allées et venues (sans oubli ni surcharge)
- Des soins appropriés, même si un médecin n'est pas immédiatement disponible sur place.

Notons que, financièrement, une bonne gestion des équipes et du matériel induit une baisse non négligeable du coût d'un spéléo-secours.

La fonction de ces équipes d'assistance est pleinement justifiée si l'on prend en compte les notions suivantes :

1) Il y a peu de médecins recensés au SSF. La durée d'un secours peut nécessiter l'engagement successif de plusieurs médecins.

2) Les statistiques du Spéléo Secours Français (JC FRACHON) nous montrent qu'entre 1980 et 1990, 540 opérations de secours ont eu lieu. 60% des personnes secourues n'étaient ni blessées ni épuisées.

Dans moins de 30% des cas, un médecin est intervenu, souvent sans effectuer de geste médical.

3) l'équipe d'assistance fera généralement la jonction avec la victime plusieurs heures avant l'arrivée du médecin intervenant qui vient souvent d'un autre département. La présence de spéléos formés et plus immédiatement disponibles favorise :

- Des soins plus rapides
- Une mise en condition d'attente et de réconfort correcte
- La transmission d'informations en surface permet souvent une médicalisation mieux adaptée ou la dispense d'une médicalisation. Dans plus de 50% des cas les soins secouristes seront simples et suffiront pour l'évacuation.

4) Dans les autres cas, l'équipe d'assistance aidera le médecin à travailler dans de bonnes conditions. Il est en effet impossible à un médecin seul, de travailler dans les circonstances imposées par le milieu souterrain.

Une assistance ne s'improvise pas au dernier moment.

Un des rôles de la COMED est de fournir à tous ceux qui le souhaitent des éléments de réflexion et des conseils basés sur l'expérience de tous les intervenants depuis plus de vingt années sur l'ensemble de la France.

Une équipe SSF départementale bien organisée est une équipe au sein de laquelle chacun joue un rôle essentiel à la mesure de ses moyens et de ses connaissances. Il n'y a pas de petite fonction.

Les équipes assistance victime viennent compléter une structure technique déjà bien rodée et confirment si besoin en était que les secours spéléos constituent une forme d'intervention sur accident très particulière, la mise en place de ces équipes, sous l'impulsion de la Commission Médicale illustre la continuelle remise en question du SSF avec une amélioration de la sécurité des victimes.



PARTICULARITÉS DU SECOURISME SPÉLÉO

Ce n'est pas un secourisme de première urgence puisque l'équipe n'intervient sur la victime que plusieurs heures après l'accident.

Ce n'est pas un secourisme ponctuel, en attendant l'arrivée de l'ambulance ou de l'hélicoptère, c'est un secourisme de longue durée qui intègre beaucoup plus d'éléments de survie et de surveillance.

C'est un secourisme difficile, qui nécessite une connaissance spéléologique et physiologique qui permette de prendre des responsabilités et de faire face à des difficultés spécifiques au milieu souterrain.

Nous n'abordons ici que le secourisme opérationnel d'une équipe spéléo secours organisée.

Intervenir auprès d'une victime en milieu souterrain implique d'être prêt à penser différemment, voir à remettre en cause nombre de consignes usuelles en surface :

- ici, il faut apporter à boire et à manger à la victime, ce qui est contraire aux recommandations auxquelles nous sommes habitués.
- l'accès à la victime n'est pas possible pour tous. La qualité primordiale pour un secouriste spéléo est d'être à l'aise en milieu souterrain et parfaitement rodé aux techniques spéléologiques. La formation médicale est inutile si l'on n'a pas la capacité de rejoindre un blessé. C'est pourquoi est apparue l'idée de former des spéléos déjà compétents du côté technique à une communication précise et utile avec la surface d'un point de vue médical.

Remarque : Quelles que soient les circonstances de son intervention, une équipe engagée dans un secours spéléo doit s'attendre à passer de nombreuses heures sous terre et être *préparée* en conséquence physiquement et *moralement*. La plupart des spéléos chevronnés, s'ils sont bien équipés peuvent supporter ce milieu sur un long *terme*. Si d'autres personnes sont amenées à *intervenir*, il est *important* de savoir si elles ne risquent pas de *souffrir* de claustrophobie.

Les principales actions possibles et spécifiques au milieu sont :

- choisir de déplacer la victime sans bilan fiable, dans un environnement hostile...
- Immobiliser les fractures et les luxations pour de nombreuses heures de déplacement difficile, mettre une attelle dans des circonstances parfois extrêmes.
- Désinfecter et prévenir l'infection dans des conditions boueuses et aquatiques.
- Prévenir ou atténuer l'hypothermie dans un contexte agressif (eau, courant d'air, hygrométrie élevée, température basse) et assurer malgré tout un certain confort.
- Assurer un apport hydrique et calorique adapté à la victime et aux équipes d'intervention alors que le transport lui-même d'eau et de nourriture pose un problème.

- Établir une communication entre la surface et les diverses équipes d'intervention.
- Connaître et faire connaître l'état d'avancement de la tâche de chaque équipe. Nombres d'opérations sont menées parallèlement, il est difficile de connaître par avance leur durée et de mobiliser les bonnes personnes au bon moment.
- Connaître aussi le degré de fatigue de chacun. On peut être amené à prévoir le remplacement d'une personne plus tôt (ou plus tard) que prévu.

Il faut être capable de s'adapter en urgence à des situations non attendues, (impossibilité de monter un point chaud idéal, risques de sur accident...)

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Nombre de personnes

L'équipe est constituée au minimum de quatre personnes, le nombre idéal étant de cinq. Sur ces cinq équipiers, il est nécessaire que deux d'entre eux soient qualifiés, les trois autres pouvant être guidés, notamment pour la réalisation du point chaud (2 pour les bilans primaires et détaillés, 1+2 aides pour le point chaud, les 5 ensembles étant indispensables pour le déplacement de la victime du lieu de l'accident jusqu'au point chaud).

C'est l'un des deux équipiers qui ont travaillé au bilan, et ceci est fondamental, qui doit remonter ou transmettre l'information en surface, accompagné par un des aides.

Le deuxième équipier restera près de la victime.

Les deux autres aides sont disponibles et se mettent aux ordres du PC.

Exemple d'organisation opérationnelle pour une équipe AV de cinq personnes :

	<i>Chef d'équipe</i>	Équipier "victime"	Equipier "note"	Equipier "point chaud"	<i>Equipier "Indendance"</i>
Actions avant mise en Point Chaud	A une vision de l'ensemble de l'opération. <i>Aide</i> à l'installation du Point Chaud	Examine la victime, fait le bilan et débute les premières soins.	Consigne par écrit sur la feuille ou le carnet de bilan les résultats de l'examen de la victime	Installe le Point Chaud	<i>Gestion du matériel et nourriture. Prépare des repas chauds pour la victime et les équipiers. Aide à la réalisation du Point Chaud</i>
Actions après mise en Point Chaud de la victime	Peste au Point Chaud	Peste auprès de la victime	Pemonte le Bilan	<i>Remonte le Bilan</i>	<i>Idem</i>

L'ensemble de l'équipe participe au déplacement primaire de la victime le cas échéant.
L'équipier " notes " participe au bilan secondaire dans le point chaud.

Compétences

Certaines sont indispensables, d'autres sont utiles mais restent facultatives.

Compétences nécessaires

- avoir un bon niveau spéléo (il faut rejoindre la victime, porter des sacs qui peuvent être lourds)
- connaître parfaitement le matériel spécifique "paramédical"
- avoir des notions de secourisme adaptées à l'accident spéléologique
- être capable d'analyser une situation (parfois tragique) et d'y remédier avec calme et bon sens. Le fait de connaître exactement les gestes à accomplir et d'avoir réfléchi par avance au comportement que l'on doit adopter en cas d'accident permet de ne pas être pris de court, et de faire face avec un minimum de stress.

Compétences utiles, qui seront les bienvenues

- posséder le B.N.S. ou A.F.P.S. ou B.F.P.S.
- exercer une profession paramédicale

Formation

La formation spécifique Assistance Victime répond aux objectifs établis... Elle comprend une formation théorique et des exercices pratiques.

Un "bon" secouriste est celui qui a intégré dans son esprit de nombreuses notions, parfois très abstraites. C'est aussi celui qui pratique et remet en cause ses connaissances.

Il n'est pas envisageable dans un stage de donner une formation complète de secourisme.

Le stage donnera surtout une vision précise des problèmes particuliers du secourisme en milieu souterrain. Le spéléo très sensibilisé ira chercher dans les structures Croix Rouge ou Protection Civile la formation de base qui lui manque. Il saura déjà que devant un même état de détresse, les gestes et décisions techniques ne sont pas les mêmes en surface que sous terre.

**METHODES ET TECHNIQUES
COURISME SPÉLÉOLOGIQUE****Matériel Spécialisé**

Son choix découle tout naturellement des objectifs retenus par l'équipe en tenant compte des limites de compétence des utilisateurs.

Il faut prévoir un conditionnement

- protecteur : pour un transport sans détérioration (chocs, humidité)
- logique : Le matériel doit être regroupé par fonction ; chaque geste doit pouvoir être effectué avec un déballage minimum ; chaque sac et chaque bidon doivent comporter l'inventaire de leur contenu
- adapté à la cavité : siphon, étroiture, température, présence d'eau ou non...

Notre expérience permet de proposer trois sacs qui correspondent à une dotation minimum :

- Sac 1 : Déshabiller, isoler la victime
- Sac 2 : Soigner : Pansements, immobilisation d'un membre douloureux...



Kit premiers soins



Kit alimentation

- Sac 3 : Nourrir et abriter la victime et l'équipe d'assistance (autonomie de 24 heures)



SI

Kit Point Chaud

Le détail du contenu est donné dans l'annexe B.

L'ensemble du matériel doit bien sûr arriver intact sur le lieu d'utilisation, mais aussi :

- L'ensemble du matériel doit pouvoir être re-conditionné sous terre pour être déplacé et réutilisé.
- En ouvrant chaque bidon, on doit pouvoir s'essuyer les mains et mettre des gants (non stériles) avant de poursuivre l'utilisation. On trouve ensuite une alaise qui permet de créer une zone propre sur le sol.
- Ce matériel doit être prêt en permanence et avoir été validé par des exercices pratiques en milieu souterrain (de nombreux gadgets sont nécessaires pour pouvoir faire face à tous les cas de figure).

Sa conception, sa réalisation et sa maintenance doivent se faire tout au long de l'année, sous la responsabilité du Conseiller Technique qui a tout intérêt à désigner deux responsables pour l'équipe.

C'est un des rôles principaux de l'équipe d'assistance, qui doit exister toute l'année pour prendre en charge cette maintenance et apporter les améliorations indispensables, secours après secours.

Dans un souci *de clarté et afin d'éviter les redites*, les actions sont présentées par thèmes, *de ce fait, l'ouvrage ne respecte pas forcément la chronologie des événements.*

Intégration de l'équipe AV dans un sauvetage

Dès l'instant où le CT est alerté et qu'il y a suspicion d'accident, les membres de l'équipe d'assistance victime et le médecin sont mis en pré-alerte en même temps que les équipes techniques se préparent. Toute réquisition effective dépendra en grande partie des informations transmises par l'équipe assistance victimes.

A partir de là, deux cas se présentent :

- Il n'y a pas de témoin

(suspicion d'accident ou problème, dans les cas où des spéléos sont portés disparus).

L'équipe d'assistance aux victimes n'intervient qu'après avoir été informée du lieu exact de l'accident, si accident il y a. La victime est localisée par une équipe "légère" de reconnaissance. Souvent composée de deux ou trois équipiers son rôle est de localiser la (les) victime(s) et rééquiper si besoin, la cavité.

Lorsque l'équipe de reconnaissance est au contact de la victime elle aura probablement à réaliser un point chaud et à débiter la réhydratation et l'alimentation de la victime.

Pour atteindre ces objectifs, une réflexion en amont de l'opération de secours doit avoir lieu. Il faudra déterminer le matériel dont devront être dotées ces équipes tout en respectant intégralement les paramètres inhérents à la mission propre de recherche.

Un minimum semble être :

- Matériel pour confection d'un point chaud sommaire.
- Nourriture.
- Eau potable.
- Fiche de bilan adaptée (différente de celle de l'équipe assistance).

- Un témoin de l'accident peut donner les premiers renseignements

S'il y a confirmation d'accident et que l'on connaît sa localisation exacte sous terre et le nombre de victimes, l'équipe d'assistance victime se rend immédiatement sur les lieux. C'est l'une des premières où la première à entrer dans la cavité. Elle apportera les premiers soins et le réconfort dans l'attente :

- d'une médicalisation (si nécessaire)
- du début de l'évacuation (si nécessaire)
- de la sortie de la victime par ses propres moyens (si possible)

La cohabitation des équipes d'assistance avec les équipes d'évacuation n'est possible que si chacune comprend les missions et difficultés de l'autre.

Le Conseiller Technique doit bien assimiler et intégrer cet aspect du secours dans son organisation.

Cela ne peut se faire qu'en concertation permanente avec des personnes motivées dont l'expérience va s'enrichir au fur et à mesure des entraînements et secours réels.

Il vaut mieux ne pas surcharger l'équipe AV Son rôle est précisément défini
Un matériel spécialisé correspondant à sa mission est prévu.

On peut diviser l'action de l'équipe AV en 9 points :

1 - JONCTION AVEC LA VICTIME

Dès que la jonction est établie, la victime aura en permanence une ou plusieurs personnes auprès d'elle jusqu'à son évacuation.

Il faut vérifier rapidement les fonctions vitales et prendre des notes sur la fiche :

- Conscience : répond-elle aux questions ?
- Respiration
- Circulation - Pouls : normal, rapide, etc.
- Il faut s'efforcer de la rassurer et de la réconforter.



Jonction avec la victime - Premier bi

2 : PREMIERS SOINS DE SECOURISME

Premier bilan.

Quels sont les signes visibles de lésions (malgré vêtements et matériel spéléo)?

Il s'agit d'effectuer un bilan lésionnel sommaire qui conditionnera le déplacement vers le point chaud où l'on procédera à un examen plus détaillé. Il faut rechercher des lésions traumatiques majeures II faut décider si la victime doit être déplacée en urgence ou non.

Premiers Gestes

- Pour éviter un décès : point de compression, position latérale de sécurité.
- Pour éviter un sur-accident : déplacer "en catastrophe" la victime en cas de risque.
- Pour soulager les douleurs importantes : immobiliser, poser une attelle.
- En cas de chute de hauteur, poser une minerve.

3 - POINT CHAUD

S'il n'a pas été mis en place par une équipe de reconnaissance, une des missions de l'équipe d'assistance victime est d'aménager un "lieu d'attente" ou "point chaud", qui offre de meilleures conditions pour procéder aux soins nécessaires. Son agencement permet :

- d'effectuer un bilan fiable de l'état de la victime et d'éviter de mauvaises évaluations des lésions (sur ou sous estimation), ceci implique notamment de la déshabiller sans risquer d'hypothermie, grâce à un matériel spécifique (combinaison duvet à ouvertures multiples)
- de soustraire la victime à l'environnement hostile (obscurité, froid, humidité, angoisse), dans l'attente souvent longue de l'évacuation, précédée si nécessaire d'une médicalisation
- de séjourner auprès de la victime dans un confort acceptable (une ou deux personnes devront rester près d'elle (pour soigner, réconforter, alimenter).

Choix de l'emplacement

Le site devra répondre, dans l'idéal, aux critères suivants :

- Faible distance par rapport au lieu de l'accident, afin d'éviter un transport primaire long ou complexe
- Absence de risque de sur-accident (chutes de pierres, crue, gaz)
- Surface au sol suffisante pour l'aménagement du point chaud, sans gêner le passage éventuel des équipes de sauvetage si elles doivent progresser au-delà de ce point.

- Sol plat, pas trop humide, et parois (ou blocs) permettant l'accrochage aisé des suspentes d'une tente de survie.
- Hauteur sous voûte d'au moins 2 m si possible (c'est rarement le cas)
- Absence de bruit (rivière, cascade) et de courant d'air important.
- Pas de contact avec la paroi, qui rayonne du froid.
- Accès possible à la victime, du côté de son visage et de ses lésions.

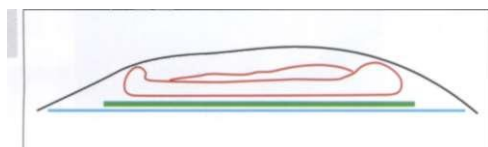
Il devra être prévu (emplacement, points d'attache de la tente...) mais la tente ne doit pas être fermée avant les étapes suivantes :

A - Sortir tout le matériel des sacs, l'étaler sur une zone propre (bâche ou couverture de survie) à l'écart de la zone de travail.

B - Installer, dans l'ordre, les éléments suivants :

- Suspentes de la tente de survie (l'utilisation de clous de menuisier s'est avérée judicieuse, matériel léger et peu coûteux, les clous se plantent dans la moindre fissure et dans la calcaire). Donner une légère pente au faitage, plus haut à la tête de la victime qu'à ses pieds.
- Tapis de sol pour déshabillage des équipiers, en dehors du point chaud
- Tapis de sol du point chaud
- Sur ce dernier, un matelas gonflable, le vêtement duvet pour victime ouvert et une couverture de survie (ou bâche légère) de propreté (technique du " mille feuilles"). Le tapis de sol devra être roulé sur les côtés pour être gardé propre lors du dépôt de la victime.

La victime transportée habillée dans un portoir (bâche de 2 m x 1 m munie ou non de 6 poignées) sera déposée sur le "mille feuilles". (voir déplacement ci-dessous)



Mille feuilles



Victime avant déshabillage



Déshabillage et Installation dans le duvet

C - Quand la victime est dans le duvet :

- Iviise en place des parois à la tente. Réserver une prise cVair frais au sol, côté pieds, et un évent au faîtage, côté tête.
- Mise en place de la lampe acétylène côté pieds de la victime, pour le chauffage de la tente.
- Protection du site par balisage (les spéléos des équipes techniques, épuisés et assoiffés ont tendance à se servir tout naturellement, au passage...)



Victime dans le duvet

5 1^{ER} DÉPLACEMENT

La victime doit être transportée en un lieu plus propice à un examen détaillé et à une attente éventuellement longue. Le déplacement se fera en condition secouriste, avec la prudence qu'impose l'état de la victime, (précautions extrêmes en cas de fracture suspectée de la colonne par exemple).

Il existe un moyen de transport simple : utiliser une grande bâche roulée sur les côtés (pour servir de poignée).

Dans le meilleur des cas le déplacement n'est pas urgent. Cela permet de réaliser un point



Premier déplacement



chaud définitif ce qui évitera de mobiliser plusieurs fois la victime (point très important, pas toujours facile à réaliser).

Une fois débarrassée de sa combinaison (utilité d'une paire de ciseaux renforcée type bricolage), la victime est soulevée par 3 équipiers pendant qu'un 4ème, placé dans l'axe, retire en une seule fois la combinaison, le portoir et la couverture de survie protectrice.

Les trois équipiers auront au préalable retiré leurs bottes et déroulé le tapis de sol. Ils devront retenir le duvet de la victime avec leurs pieds lors de l'opération.

La victime est installée directement dans le duvet que l'on refermera avant d'entreprendre l'examen détaillé.

La tente est terminée et fermée (couverture) pendant l'établissement du bilan.

6 BILAN LÉSIONNEL

Une fois l'installation réalisée, un bilan plus sérieux de l'état de la victime peut être envisagé dans de bonnes conditions : victime déshabillée, éclairage, etc.

La combinaison duvet spéciale victime permet un examen systématique en dénudant zone par zone, sans déperdition calorifique.

Il s'agit là, non pas d'interpréter des symptômes ou des lésions (ce qui ne peut être fait que par un médecin), mais de les constater, en étant clair et rigoureux. Ces informations seront ensuite transmises en surface pour permettre au Conseiller Technique et au médecin alerté de prévoir ou non une médicalisation.

De ce bilan dépendent toute la suite et l'ampleur du secours. Il doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- L'état de la victime nécessite-t-il une médicalisation ?
- L'état est-il stable ?
- L'état impose-t-il des conditions particulières d'évacuation ?
- Les moyens d'assistance déployés auprès de la victime sont-ils suffisants ou faut-il mobiliser du personnel et du matériel supplémentaire ? (Pré-alerte ou réquisition immédiate)

Parmi les informations transmises, une description très exacte des circonstances de l'accident est indispensable, pour une bonne interprétation par le médecin en surface (au PC, ou au pire à distance, si aucun médecin n'est disponible).

Les renseignements que pourront fournir les membres de l'équipe assistance victime sont de toute première importance pour la suite du secours. C'est pourquoi le bilan de la victime doit être écrit et préciser tant son état physique que son état moral. Le respect de ces consignes conditionne la réussite de toute l'opération.



Examen au point chaud

C'est dans cette optique qu'a été conçue une fiche de liaison fond /surface (voir exemplaire en annexe), destinée à recueillir des informations simples, claires et précises (ce point fondamental est très difficile à mettre en application. Elle permet une remontée d'informations dans leur intégralité et sans déformation auprès du CT en complément d'une transmission directe brève et sans oubli dès que le téléphone ou le TPS est opérationnel. (TPS : transmission par le sol)

7 SOINS DE BASE

Ce sont les gestes fondamentaux qui permettent d'éviter l'aggravation immédiate et à long terme. Le réchauffement de la victime est assurée par la conception même du point chaud.

C'est le moment de :

- Soigner les plaies (Désinfection et emballage).
- Immobiliser correctement les membres douloureux.
- Et bien sûr, poursuivre l'alimentation, l'hydratation et le soutien moral de la victime.

8 TRANSMISSION AU PC DE SURFACE

Tous les sauveteurs impliqués dans un secours sont tenus au secret pour tout ce qui concerne la victime : son identité et son état de santé. Les informations doivent être transmises directement au CT ou au médecin de surface qui eux, sont habilités à communiquer avec la famille et/ou les médias. Ceci permet d'éviter la circulation et la déformation de rumeurs.

Une bonne liaison fond/surface est essentielle dans tout sauvetage.

Il est impératif que l'équipier qui a pris les notes fasse lui-même la transmission par écrit. Il transmettra ces informations par téléphone ou TPS et les remontera à la surface en ressortant de la cavité.

Si toutefois un intermédiaire intervient entre cet équipier et le médecin (par le PC, si par exemple le médecin n'est pas sur les lieux), il est impératif de respecter le vocabulaire qui a été utilisé, sans traduction ni interprétation (" il a sommeil et ne répond pas clairement aux questions " ne doit pas devenir " il est vaseux " ou " il est comateux " ; aucun diagnostic ne doit être posé : " cheville enflée et bleue " ne doit pas se transformer en " entorse " . . .)

A réception de ces renseignements en surface, on peut alors prendre les décisions qui s'imposent : envoi d'un médecin pour médicalisation ou d'une équipe chargée de la civière pour évacuation ou...sortie après repos. Des premiers conseils peuvent être dispensés à l'équipe AV

C'est donc toute la suite du secours, ainsi que bien sûr l'état de santé de la victime, qui sont engagés par la bonne transmission d'informations fiables.

C'est aussi le moment de demander tout le matériel de renfort souhaité en fonction des objectifs retenus (exemple, brancard pour déplacement long vers un point chaud plus confortable).

9 AIDE A LA MÉDICALISATION

S'il s'avère que la présence d'un médecin est indispensable, il aura besoin d'aide lors de son intervention, les conditions particulières du milieu souterrain ne lui permettant pas de travailler seul. L'équipe d'assistance doit être capable d'aider efficacement celui-ci. La formation pratique en stage permet de se familiariser avec les gestes, attitudes et vocabulaire nécessaires.



10 SURVEILLANCE, ASSISTANCE PENDANT LE TRANSPORT (évacuation)

L'évacuation d'un blessé peut s'avérer longue et pénible.

La victime doit quitter le point chaud soit en civière à l'abri dans le duvet, soit par ses propres moyens. Une présence constante est nécessaire pour ménager ses forces, son moral et sa santé.

L'équipe technique prévoit un aménagement le plus "confortable" possible pour permettre cet accompagnement. Selon le mode d'évacuation, l'équipe **AV** devra faire face à divers tâches : Bilans répétés ; alimentation ; aide à uriner ; etc.



4 LOGISTIQUE :

Neuf fois sur dix, le spéléologue en exploration est déshydraté et avec des réserves énergétiques diminuées (cause principale des épuisements / hypothermies).

L'accidenté va attendre de nombreuses heures ou jours. Il est donc impératif en secourisme spéléologique d'assurer l'alimentation et l'hydratation.

Il faut rester simple, en commençant par des liquides chauds et sucrés, puis proposer progressivement une alimentation équilibrée (glucides, lipides, protides).

Parallèlement, sera installé un coin cuisine, et un point de bivouac pour les accompagnateurs.

L'assistance à la victime, médicalisée (présence du médecin dès le début du secours) ou non, est partie intégrante d'un secours spéléologique et son principe doit être parfaitement compris par tous les intervenants et responsables.

L'équipe assistance victime doit être la première équipe constituée dans un petit département, surtout si celui-ci ne possède qu'un faible effectif de sauveteurs. Elle engage peu de moyens financiers. Une partie de sa formation peut se faire sans médecin, celui-ci n'étant indispensable que pour toute la partie secourisme et bilan.

Il faut considérer que le rôle de l'équipe assistance ne s'arrête pas à l'action en secours ou en entraînement. C'est aussi à elle que revient la charge d'entretenir son lot de matériel.

Dans tous les cas le médecin est alerté. Mais il est possible qu'il n'ait pas à se déplacer, de simples conseils peuvent parfois suffire surtout si les renseignements concernant la victime sont fiables (intérêt de la fiche de liaison fond / surface).

En résumé, on retient:

Un concept

L'équipe assistance victime vient s'intégrer dans une organisation de secours et ne fait pas double emploi avec les autres intervenants. L'objectif visé est de combler des lacunes constatées et de répondre à des difficultés rencontrées.

Des objectifs

renforcer la sécurité de la victime

faire parvenir en surface des informations exploitables par le médecin et le CT

Un personnel

Des spéléos chevronnés, formés et capables de mettre en oeuvre l'assistance-victimes

Un matériel logique et bien conditionné pour

Déshabiller, isoler, soigner la victime

Nourrir et abriter la victime et l'équipe d'assistance (autonomie de 24 heures)

L'intégration de cette équipe dans le déroulement d'un secours

BIBLIOGRAPHIE

BARIOD J., - 1982

L'équipe médicale : son action et sa place dans le déroulement des secours spéléologiques. SpeluncaV, 7, 12-13.

BARIOD J., - 1990

Concept de paramédicalisation. 10^e Réunion CoMed FFS, Chalain, 48-51.

BARIOD J., - 1993

Référentiel du stage de formation d'assistance au blessé. Actes Conf. Eur. de Spelèo., Helecine 1992, I, 39-48.

COSTE T. - 1997 L'équipe d'assistance aux victimes lors des secours spéléologiques. Proc. 12^e Int. Cong. of Speleo La Chaux de Fonds, Suisse, 5, 85-86.

FRACHON J.C.

Statistiques du spelèo secours français 1980-1990.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CoMed : Commission Médicale

SSF : Secours Spelèo Français

CTD : Conseiller Technique Départemental

BNS : Brevet National de Secourisme

AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours

BFPS : Brevet de Formation aux Premiers Secours

P.C. : Poste de Commandement

AV : Assistance aux Victimes

TPS : Transmission Par le Sol

RELECTURE

Dr J. BARIOD , E. DAVID, C. DODELIN, Dr T. COSTE, Dr J.M. OSTERMANN

PHOTOGRAPHIES

Christian ROUSTAN

Raoul DUROC

REMERCIEMENTS

Le Comité Départemental de Spéléologie du Jura et l'E.S.F. 39.

Pour l'Ardèche :

SSF 07

Comité départemental de Spéléologie de l'Ardèche

Dominique ROUSTAN

Bernard DUPRÉ

Pour les Hautes Alpes :

Les clubs : le Chourum, le Spéléo Club Alpin de Gap, les Rapetrous

Le Comité Départemental de Spéléologie des Hautes Alpes

Les fonctionnaires de la Compagnie Républicaine de Sécurité de Briançon

Les militaires du Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne de l'Isère

Edition Commission Médicale de la Fédération Française de Spéléologie
130, rue St Maur - 75011 PARIS

www.ffi-speleo.fr

SPELEO SECOURS FRANÇAIS

Fiche de collecte de renseignements assistance victimes

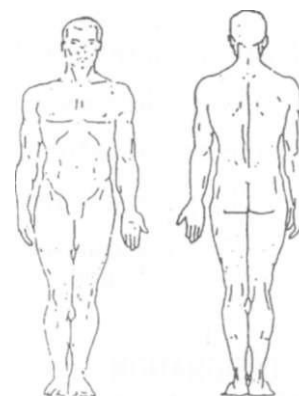
Fiche remplie par : Date de l'a

Nom de la victime : Age : £

Localisation dans la cavité :

Heure de l'accident :

Circonstance de l'accident :



Situation des lésions

Bilan à l'arrivée de l'assistance - Heure :

Etat de conscience :

Perte de *connaissance* initiale oui • non • Durée :

Perte de *connaissance retardée* oui • non • Durée de l'intervalle

État de la victime : Conscient • Inconscient • Confus •

Réagit à la voix : oui • non •

Si *conscient* : réagit à la douleur : oui • non •

Circulation :

Pouls : Radial.....Carotidien.....

Fréquence : (nombre de pulsations/'minute) :/mn • Impossible à entendre

Rythme : • Régulier • Irrégulier

Tension :/maxima...../minima

Ventilation :

Respiration : Fréquence : (nombre de mouvements respiratoires/minute)...../mn.

Amplitude : normale • profonde • superficielle • avec bruits •

Rythme régulier • irrégulier • avec pauses •

Difficultés *respiratoires* : *douleurs* • encombrements • autres :

Bilan au Point Chaud - Heure :

Circulation

Pouls : Radial.....Carotidien.....

Fréquence : (nombre de pulsations/minute) : . . . /mn • Impossible à entendre

Rythme : • Régulier • Irrégulier

Tension :/maxima...../minima

Sac POINT CHAUD

La liste suivante n'est donnée qu'à titre indicatif, il est bien évident que le contenu des sher-pas sera modulé selon la nature de la cavité et de l'intervention. L'ensemble des éléments sera réparti en différents sacs numérotés selon la chronologie des besoins et comportant pour chaque sac la liste de son contenu. La répartition des éléments dans les bidons étanche se fera logiquement selon leur fonction.

<u>DÉSIGNATION</u>	<u>Nb</u>	<u>Note</u>
Mousqueton		Longe
Gourde alu 1 l	1	
Couverture de survie renforcée	5	Dans sac poubelle
Liste contenu du sac	1	Plastifiée
Bâche de 6		
Bidon étanche		
Paire chaussons Holofil		
Duvet pantalon Holofil		
Paire de gants blessé		
Veste holofil		
Cagoule Holofil		
Bidon étanche		
<u>Essuie-tout</u>	<u>2</u>	
Globe trotteur complet	1	
<u>Recharge Globe-trotteur</u>	<u>2</u>	
Fiches + crayon		Pour Bilan Victime
Pile plate 1,5V		
<u>Bougies</u>	<u>2</u>	
<u>Bol plastique</u>	<u>1</u>	
<u>Gobelet plastique</u>	<u>1</u>	
<u>Sac plastique vide</u>	<u>2</u>	
Petite cuillère	2	Dans globe-trotteur
Tuyau pour boire	1	Dans globe-trotteur
<u>Pied globe trotteur</u>	<u>1</u>	
<u>Couteau Opinel</u>	<u>1</u>	
<u>Boite plastique n°1</u>	<u>2</u>	
<u>Sachets de thé</u>	<u>6</u>	
Sachets de café soluble	10	

Sucre en morceaux	10	
Sachets potage instantané	6	
Carrés chocolat noir	10	
Coûter au chocolat	6	
PQ	2	

Comprimés Hydroclonazone	40	Purification de l'eau
--------------------------	----	-----------------------

Rouleau de scotch	1	
-------------------	---	--

Banane de carbure	1	Environ 1,5 kg
-------------------	---	----------------

Bâche 8 poignées	1	
------------------	---	--

Bâche 6 m ²	3	
------------------------	---	--

Matelas pneumatique	1	
---------------------	---	--

Matelas mousse	1	
----------------	---	--

Pince à linge	30	
---------------	----	--

Filet hamac	1	
-------------	---	--

Trombone	15	
----------	----	--

Clou		
------	--	--

Coin en bois (fixation pt chaud)	4	
----------------------------------	---	--

Rubalise	1	
----------	---	--

Rouleau cordelette 2 mm	7	Environ 80 m
-------------------------	---	--------------

Elastique chambre à air	12	
-------------------------	----	--

Gants	1 p	
-------	-----	--

Essuie tout		
-------------	--	--

Alèse	1	
-------	---	--

Compresses		
------------	--	--

Coton		
-------	--	--

Dakin ou bétadine		
-------------------	--	--

Sparadrap		
-----------	--	--

Collier cervical		
------------------	--	--

Elastoplaste		
--------------	--	--

Atèle gonflable		
-----------------	--	--

Sacs plastiques (poubelle et protection)		
--	--	--

Tulle gras		
------------	--	--