

BILAN D'ACTIVITÉ 1981

Toujours deux grands axes de travail : la prévention des accidents et la médicalisation des secours.

Secours.

- Participation à l'encadrement de stages secours dans le Lot (Ballereau).
- Encadrement d'exercices de secours (Lozère) Ballereau...
- Cours dispensés à l'occasion des stages formation pompiers (Guillaume).
- Participation aux activités du S.S.F.

F.F.S. : Action de prévention.

- Encadrement d'un stage perfectionnement sur le massif du Grand Som — stage axé sur la prévention des accidents (cours de secourisme — topos de physio-diététique...).

Publications, propagande.

- La réunion de la commission a eu lieu à Menditte (Pyr. Atl.) ; rencontre des médecins spéléologues : elle a permis de faire le point sur la médicalisation des secours en France : l'analyse de quelques secours montre les carences de l'administration. La revue médicale «Le Généraliste» en a fait l'écho.
- Parution de la revue bibliographique 2^e édition.
- Sortie du bulletin de liaison.
- Participation de deux médecins au Congrès de Médecine du Sport de Grenoble.
- Impression et diffusion d'une plaquette destinée aux Centres Médico-sportifs.
- Membre actif de l'Union Nationale des Médecins Fédéraux.
- Participation et communication au Congrès des U.S.A. à Bowling Green. La communication servira de base aux travaux de la sous-commission médicale de l'U.I.S.
- Cours à la Faculté de Bobigny (Ballereau) sur la spéléo et le milieu souterrain.

Travaux.

- Deux thèses en cours :
 - sur l'épuisement, l'hypothermie (Blanchard).
 - Sur les dossiers d'assurance des 3 dernières années (Faust Pascale).
- Essai du plâtre en résine Scotchcast (lab. 3 M) au cours du stage du Grand Som.

Docteur F. GUILLAUME.

MÉDICALISATION DES SECOURS POURQUOI ?

La Commission Médicale existe depuis trois ans. Elle a permis la synthèse des

expériences individuelles et défini des axes de recherche. Les réunions et les échanges permettent de dégager une politique commune pour les secours spéléo. Dans une série d'articles, nous allons essayer d'en préciser les thèmes majeurs.

Plusieurs statistiques permettent de préciser les points suivants :

- La mortalité générale des accidents ayant donné lieu à un secours s'élève à plus de 50 %.
- Les types d'accidents sont :

- Chutes	60,5 %
- Épuisement	14,5 %
- Noyade, hydrocution	11,5 %
- Éboulement, chute de pierres	8,5 %
- Asphyxie	5 %

Le type d'accident n'est pas spécifique du milieu souterrain, mais recoupe toute la pathologie. Il faut souligner que 50 % seulement des décès dus aux chutes et éboulements sont immédiats. Les 50 % restant décèdent en **état de choc** dans un délai de 2 à 10 heures ou plus. Le nombre **d'épuisements mortels** s'accroît de façon très importante ; les techniques modernes de progression et le manque d'entraînement physique seraient en cause. Ceci fera l'objet d'un article ultérieur.

L'aggravation d'un blessé est dans tous les cas **inéluçtable**. Dans le milieu souterrain, plusieurs facteurs vont **accélérer** ce phénomène :

- Les conditions **thermiques et hygrométriques** conduisent rapidement à l'**hypothermie** du sujet. La lutte de l'organisme contre le froid va épuiser ses réserves énergétiques et réduire ainsi ses possibilités de réaction.
- La **déshydratation** fréquente, peut-être en relation avec le degré hygrométrique élevé, contribue aussi à déséquilibrer l'organisme.
- **Obscurité et éloignement des secours** conditionnent le «stress psychologique» ; la résistance totale de l'organisme s'en trouve affaiblie dans des proportions parfois très importantes.

— Le **brancardage**, souvent très long, est toujours aggravant : mobilisation des fractures, douleurs, chocs répétés, claustrophobie si les bras sont immobilisés et parfois grande frayeur dans les mauvais passages. La **prise en charge psychologique** du blessé par un membre de l'équipe est fondamentale.

Devant un tel tableau, l'équipe de secours non médicalisée n'a qu'une possibilité : évacuer le blessé le plus rapidement possible. Il s'agit alors d'un **pari**. L'aggravation inéluçtable sera-t-elle plus lente que la progression de l'accidenté qui pourra ainsi arriver à temps à l'hôpital ? Nous avons vu que ce n'est pas toujours gagné... Le principe d'une évacuation rapide sans soins n'est pourtant pas à rejeter, mais elle doit être **réfléchie**. L'examen précis du blessé nécessite la

présence d'un médecin et la décision se prendra avec le Conseiller technique responsable. Cela peut s'envisager par exemple devant une rupture de rate ou une détresse respiratoire aiguë, dans une cavité d'accès facile. Dans tous les cas, il semble raisonnable de **tout** mettre en œuvre pour que le **médecin** soit **parmi les premiers** sur les lieux de l'accident.

La médicalisation permet de **moduler** le secours ; celui-ci sera plus lent, mais mieux supporté. Les différentes actions médicales devront être :

— Le recueil des informations qui permettront au conseiller technique de prévoir les difficultés du secours (par exemple : agrandissement des chatières si le diagnostic de fracture de la colonne vertébrale est posé). L'examen du blessé n'est pas toujours aisé (diacrise, rivière, etc). Il faudra parfois déplacer le blessé pour réaliser cet examen dans des conditions optima. Il va en effet orienter tout le déroulement du secours. Dans tous les cas, un **matériel adapté** doit être prévu : bâche isolante, vêtement de rechange pour l'accidenté (reoxotherme spécial secours), éclairage, etc...

— **Éviter les décès immérités**, du blessé **choqué**, qui va s'aggraver rapidement sans la mise en route d'un traitement spécifique : perfusion - antalgiques - tonicardiaques - etc ; du spéléologue **épuisé** et / ou **hypothermique** qui a toute chance de mourir sans les soins suivants : perfusion de liquides nutritionnels réchauffés, prévention des troubles du rythme cardiaque qui se produisent fréquemment lors du réchauffement, etc...

— **Préparer le blessé pour la remontée**, en faisant une mise en condition soignée des plaies et fractures, et en installant le blessé dans le brancard en fonction de ses lésions. Il faut prévoir un accès rapide au bras pour les perfusions et aux lésions pour la surveillance. Les injections de calmants seront faites à la demande. Une mise en condition correcte et un traitement antalgique suffisent souvent à stabiliser, voire à améliorer l'état de l'accidenté.

— **Assister le blessé pendant la remontée**, par un **contrôle régulier de la tension artérielle**, de la **température** et du **cœur** ; en vérifiant l'**efficacité de l'immobilisation** et son absence d'effets nocifs (compression d'une artère). Toute anomalie impose l'**arrêt** du brancardage et un nouveau bilan. Un traitement sera mis en route avant toute nouvelle mobilisation. Nous avons tous à l'esprit le cas de spéléos décédés lors de la mise en position verticale du brancard pour remonter un puits.

En conclusion :

De même que les secours routiers ont ressenti l'obligation d'abandonner la théorie de l'évacuation rapide au profit d'un secours lent mais médicalisé, nous pensons que les secours spéléo doivent prendre ce même chemin, chaque fois que c'est possible. Dans cet esprit, la Commission Médicale met à jour et diffuse chaque année la liste des médecins disponibles par région, à contacter lors de

tous les secours.

Commission Médicale : Docteurs

ANDRIEUX A.

BALLEREAU A.

BARIOD J.

BLANCHARD J.M.

GUILLAUME F.