

FEUILLE de LIAISON N°39



Commission médicale

Rédaction: Dr J-P. Buch, 655 B Vieille route d'Anduze, 30140 BAGARD, <jpbuch@wanadoo.fr>
Relecture: Dr G. Valentin, Dr J-M. Ostermann.

SOMMAIRE

Editorial	page	1
Compte-rendu de la réunion annuelle Comed	page	2
Compte-rendu du stage ASV 2005	page	4
Analyse de thèse : Dr Sophie Muller	page	4
Analyse de thèse : Dr Laurence Rigot-Nivet	page	6
Le SARS	page	7
Manuel du sauveteur SSF 2005	page	8
Notes de lecture	page	8
Femmes & spéléo	page	8
Secours en Savoie	page	9
Secours au Berger	page	11
Enquête INSERM sur la mort subite du sportif	page	12
Réunion des trésoriers de la FFS	page	12
Annuaire de la Comed	page	13
Règlement intérieur de la CoMed	page	14
Infos en vrac	page	16
Stages	page	16

EDITORIAL

Dr Jean-Pierre Buch

Nous n'étions pas nombreux dans le Lot pour notre réunion annuelle... Les obligations des uns et la forme des autres ont pesé lourdement sur notre communauté. Dommage ! La CoMed a quand même bien travaillé, fait le point sur les actions engagées, et jeté les bases des actions futures, en ayant comme préoccupation une meilleure visibilité fédérale et une communication plus soutenue.

Le site Internet et les publications seront cette année une priorité.

Mais pour communiquer et transmettre nos messages, pour rendre crédible notre discours, pour occuper le terrain et nous rendre utiles, pour donner du sens à notre commission, il faut du matériel, du contenu, de la forme.

Nous avons tous les ingrédients nécessaires, il nous reste à construire notre partition. Cela ne se fera pas sans la participation de tous. Ce n'est un scoop pour personne, les médecins ont peu de temps libre... ! Mais si chacun donne un peu, nous obtiendrons un résultat tangible. Alors un peu de courage et de détermination, et on y arrivera... !

Cette feuille de liaison reste l'expression et l'outil de tous, que l'on soit membre du conseil technique ou non. Ses colonnes sont ouvertes à toute personne voulant participer à ce travail qui, à l'instar des plans sanitaires nationaux, pourrait s'intituler « Plan Santé Spéléo » ! Toutes vos contributions sont donc les bienvenues. N'hésitez pas à contacter les médecins du comité pour participer à nos travaux.

En attendant, je vous souhaite une bonne lecture !



LA REUNION ANNUELLE DE LA COMED (GOURDON, LOT)

Dr Jean-Michel Ostermann, relecture collective

La réunion s'est déroulée cette année du 30 octobre au 1^{er} novembre dans le département du Lot, à Gourdon et Gramat, organisée par J. M. Ostermann.

La journée du 30 fut consacrée à la réunion et projection de photos et vidéos en soirée, le lundi 31 à la visite de cavités (Igue des Pouzats / grotte de Bugadou). La réunion prit fin le mardi 1^{er} novembre à onze heures.

Présents : Drs JP. Buch, R. Duroc, C. Goudian, JM. Ostermann, J. Rolin, G. Valentin ; A. Menier (présidente adjointe de la FFS – du lundi soir au mardi matin).

Excusés : Drs Anckaert, J. Chambard, T. Coste, P. Homeyer, Y. Kaneko, JC. Le Tarnec, N. Longeaux, M. Luquet, A. Vidal ; C. Mouret (représentant du CD FFS), C. Roche (DTN).

La réunion débute à 9 heures par le compte-rendu d'activités; JM. Ostermann assure le secrétariat de séance.

1/ COMPTE RENDU D'ACTIVITES

1.1 Interventions en stage

Elles n'ont pas été très nombreuses faute de disponibilité de la plupart d'entre nous. C. Goudian est intervenue sur un stage initiateur (Ardèche) et a encadré le stage assistance aux victimes; R. Duroc : encadrement du stage assistance également; Y. Kaneko a fait une intervention pendant le stage initiateur de St Christol (Vaucluse) et une sur le stage Instructeur canyon le 26/05/05 à Roquebillière (06).

1.2. Intervention secours

Y. Kaneko a effectué deux interventions dans le réseau Germain Gathier (Font d'Urle, Vercors) mais sans médicalisation (un retard, une hypothermie légère lors d'une crue). RAS à notre niveau par ailleurs.

1.3 Etude mortalité

Suite à la diffusion de l'étude mortalité, nous avons été contactés par les rédacteurs de la revue cardiologie et sport afin d'en faire un article pour cette revue. JP. Buch a fini la rédaction de l'article qui devrait paraître dans l'année 2006.

Les résultats devront également être publiés dans pour Spelunca, J. P. Buch rédige un article.

Par ailleurs, nous avons reçu une demande émanant de l'INSERM et du Ministère Jeunesse et Sport concernant nos statistiques de mortalité subite : JP. Buch s'occupe de l'envoi de l'étude.

L'étude prospective concernant ce sujet reste à poursuivre, JM. Ostermann s'occupe de diffuser le questionnaire au SSF via son président.

1.4 Thèses et mémoires en cours

Pas de thèse en cours soutenue par la commission cette année. Il convient de donner suite cependant à la thèse de S. Muller (cf § 1.10). Une thèse canyon : Dr Emmanuelle STAUB sur « l'évaluation de l'engagement d'un médecin lors d'opérations de secours aux accidentés en canyon », pour analyse.

1.5 Documentation

JM. Ostermann continue à répertorier les publications spéléos médicales dans les bases de données mondiales, et les publications spéléos, ainsi qu'à collaborer à ce niveau aux analyses B.B.S..

Les articles les plus intéressants sont souvent payants, téléchargeables au format pdf.

1.6 Diabète et spéléo

C'est un thème qui devait être abordé pendant l'année ; Quelques documents intéressants ont été trouvés : R. Duroc présente le topo FFESSM sur l'autorisation de plongée loisir chez les diabétiques type I. Par ailleurs, les recherches bibliographiques se heurtent à l'abondance de documentation (et rien n'existe en spéléo). Travail à poursuivre (cf projets).

1.7 Site Internet (Raoul Duroc)

Jusqu'à présent notre site est en langage HTML. Cette année, on évolue vers le langage de programmation PHP pour la gestion du site. Le PHP est donc un langage de programmation utilisé par le serveur de l'hébergeur Internet (free.fr pour le moment).

Il n'est pas accessible au navigateur du visiteur (contrairement au Java Script), qui affiche seulement le résultat d'une compilation exécutée sur le serveur. Ce langage permet de gérer l'affichage de pages en HTML ainsi que de certaines informations.

Il ne permet pas vraiment d'écrire une page, pour cela le codage PHP doit être intégré dans du code HTML.

Il permet d'afficher des informations provenant d'autres fichiers, de gérer l'accès à certains dossiers ou fichiers ce qui est idéal pour sécuriser un espace réservé, télécharger des fichiers sur un site et des les gérer ensuite (modification en ligne, effacement, déplacement...).

C'est un langage de base pour la création de forum de discussions et de moteurs de recherche, il permet l'affichage de résultats sous forme de graphiques, on peut même écrire des petits programmes utilisables en ligne.

Cela permettra de mettre des fichiers en ligne sans passer par le webmaster (les feuilles de liaisons pour JPB, les certificats ou tout autre document), leur affichage sera automatique pour le visiteur sans besoin de créer un lien ainsi que leur téléchargement.

1.8 Feuille de liaison (FL)

Une seule a été publiée cette année, la seconde paraîtra avant la fin de l'année (voir § 2.4)

Les anciennes ont été toutes scannées par J.P. Buch, et pourront être mises à disposition en téléchargement sur le site de la commission. Le problème est la taille de certaines (jusqu'à 5 ou 6 Mo) qui rend la manipulation trop lourde. Il convient de refaire ces FL avec un poids plus léger (ne pas dépasser 1 Mo). JM. Ostermann s'en occupe. Les FL à revoir sont les N°10/11/12 / 14/16/19/20/23.

1.9 Le syndrome post traumatique chez les secouristes

Plusieurs témoignages font état de l'existence d'un syndrome post traumatique chez les secouristes spéléo, généralement non habitués à être confrontés à la mort (parfois d'un ami), ou à des blessures graves. Ce syndrome se caractérise par des cauchemars, épisodes d'anxiété, et peut aboutir à la dépression. Un tour de table semble confirmer la réalité de la question. JC. Le Tarnec devait établir un questionnaire destiné aux sauveteurs SSF afin de quantifier le problème, et d'essayer d'y remédier, il faut le relancer (C. Goudian).

Le thème est désormais systématiquement abordé en stage d'assistance aux victimes.

Plusieurs actions permettront d'éviter l'apparition du syndrome : verbalisation du vécu en période de post exposition immédiate, référent à l'écoute au niveau de la commission...

Pour information (Y. Kaneko), ce thème est celui du congrès de l'association nationale des médecins du secours en montagne qui aura lieu à Sospel, les 2 et 3 décembre 2005.

1.10 Thèse de S. Muller (pathologie infectieuse chez les spéléologues en expédition)

Quelques modifications sont à prévoir sur le livret destiné à informer les spéléos partant en expé (manque SRAS, parler des effets iatrogènes, supprimer « accès par symptômes » mettre adresse FFS/Comed, ...). Faire une page de présentation inspirée de l'intro de Sophie.

JP. Buch en a fait l'analyse, à paraître dans la prochaine FL (voir

page 5). Il faudra le mettre en ligne sur le site de la commission. Pour la partie questionnaire (destinée à une étude prospective des problèmes médicaux en expé), relancer Sophie pour qu'elle le prenne en charge. En l'absence de réponse, JM. Ostermann centralisera les retours.

Il est convenu que chacun relira le livret à tête reposée pour proposer d'éventuelles modifications.

1.11 Étude radon

La deuxième partie de l'étude radon est maintenant terminée, les résultats sont à l'analyse. J.M. Ostermann espère que la publication sera prête début 2006, mais il y a des retardataires. Nous avons, par l'intermédiaire de C. Tschertter (Président Co Environnement), été en contact avec A. Mangin (laboratoire de Moulis) qui s'inquiète d'un décret obligeant à ne pas exposer le personnel des cavités aménagées à des valeurs supérieures à 400 Bq/m³ ou à une dose de 1 mSv, ce qui est très peu. Une commission a été créée au niveau du ministère de la Culture pour étudier le problème, il nous est proposé d'en faire partie pour représenter les spéléos. J.M. Ostermann souhaite se proposer après accord du CD FFS.

1.12 Numérisation du fond documentaire

Devant la demande fréquente de certains documents à notre service de documentation (et l'absence pour l'instant de photocopieuse à la commission!), JM. Ostermann propose de réaliser une numérisation des publications les plus demandées et les plus importantes (pathologie du harnais, histoplasmosse, rage etc.).

1.13 Mise au point sur le certificat médical

Suite à une information fournie par P. Kernéis, nous apprenons que la consultation aboutissant à la délivrance du certificat médical d'aptitude à la spéléologie et canyoning n'est pas remboursable. L'information est relayée sur le site CoMed.

1.14 Achat photocopieuse

Cet achat prévu l'an dernier est désormais inutile, une photocopieuse nous étant cédée par le SSF (à récupérer après les EGS, A. Menier s'en charge).

1.15 SARS et chauves-souris

Notre attention a été attirée tout d'abord par C. Dodelin, puis par J. Rolin, sur une information selon laquelle certaines chauves-souris chinoises seraient l'hôte du virus du Syndrome de détresse respiratoire aigu (Severe Acute Respiratory Syndrome), qui a provoqué une épidémie fulgurante et plusieurs milliers de morts il y a trois ans en Chine, puis dans plusieurs pays du monde. JM. Ostermann a récupéré les publications concernées, et présente brièvement l'historique et la description clinique du SARS. Il prépare un article de synthèse avec conseils pour les spéléos pour la FL. Se pose le problème du niveau d'alerte à mettre en œuvre. Il apparaît peut-être utile de différencier cette pathologie de la grippe aviaire très « à la mode » en ce moment. Sans affoler les gens, il convient d'être très prudent. Les consignes données pour éviter l'histoplasmosse semblent tout à fait adaptées. Une information doit être délivrée, via la CREI, aux expés qui partent en Asie, ainsi que sur le site de la CoMed.

1.16 Étude CO en désobstruction

Dossier suivi par J.M. Ostermann. Une étude très intéressante a été réalisée par R. Guinot (chargé de mission SSF) sur la fiabilité des appareils de mesure d'HbCO dans l'air expiré, qui permettraient aux CT et/ou médecins présents sur un secours d'éviter l'intoxication au CO des sauveteurs en cas de désobstruction à l'explosif. Il s'avère que certains résultats sont aberrants. Un courrier a été réalisé en commun aux sociétés qui commercialisent ces détecteurs pour obtenir les données en leur possession sur la fiabilité et les domaines d'incertitude des résultats. Pas de réponse pour l'instant.

1.17 Dépollution dans le Gard (grotte de la fausse monnaie)

Le dossier a été étudié à la demande de la Co Environnement. Il s'agit d'une pollution aux hydrocarbures. La pollution est majeure avec une grande quantité de cambouis, ce qui pose un problème d'intoxication par contact, et par inhalation. JP Buch et G. Valentin, présents sur le département, ont suivi de près le projet, et étudié les (nombreux!) problèmes médicaux qui peuvent découler de cette action. Le projet, assez complexe à gérer, a finalement été reporté.

1.18 Manuel canyon

Un chapitre médical a été élaboré, pour cette nouvelle version du Manuel canyon, par Y. Kaneko et J.P. Buch en collaboration avec un médecin FFME (Pierre Belleudy), et un membre de la FFCK (Nicolas Galloy). Parution courant 2006.

1.19 Assistance aux victimes

S'est déroulé dans le Lot. Encadrement par C. Goudian et R. Duroc. Evolution : il est prévu de faire de ce stage un pré-requis pour les stages de Conseil Technique. Par ailleurs, les prochains stages seront diplômants. Il serait souhaitable de mettre en ligne sur notre site la présentation numérique des rapports de stage réalisée par R. Duroc.

2/ PROJETS

2.0 Budget

Nous avons fait une demande de 6360 € dans le cadre de la convention d'objectifs, et un montant de 5000 € a été accordé par le MJS pour 2005.

A noter que T. Coste a participé à la réunion des trésoriers de commissions à Lyon cette année.

2.1 Numérisation progressive du fond documentaire

A poursuivre au fur et à mesure des besoins. Certains documents pourront être mis à disposition sur le site.

2.2. Etats généraux :

Le sujet sera abordé en détail avec A. Menier lundi soir et mardi. JM. Ostermann ne pourra s'y rendre faute de disponibilité, J.P. Buch, Y. Kaneko et R. Duroc y représenteront la CoMed.

2.3 Interventions en stage

Pour 2006, il est souhaitable de récupérer dès que possible le calendrier des stages (se renseigner aux EGS). Y. Kaneko se chargera d'en faire comme d'habitude un tableau xls à compléter selon nos disponibilités. Assurer en priorité les stages moniteur et initiateur.

2.4 Financement des stages et formations des médecins :

La CoMed confirme sa participation financière aux formations et stages proposés par les commissions fédérales en relation avec nos fonctions médicales.

2.5 Assistance aux victimes

L'achat d'un lot de matériel médical et paramédical a été convenu avec le SSF, et se fait sur trois ans pour ne pas alourdir le budget. Le stage assistance aux victimes aura lieu à l'Ascension en Ardèche (base de Salavas, Vallon-Pont d'Arc).

Total stages / 1000 €

2.5 Feuilles de liaison

Parution de la N°39 à prévoir avant début décembre. Il y a déjà largement matière. Nous prévoyons au moins deux FL pour l'an prochain (peut être 3 ?). JP. Buch prévoit une mise en page plus originale (avec InDesign). Par ailleurs, JM. Ostermann pense que le tirage papier doit être plus large (payé par la CoMed), la formule numérique (format pdf) n'ayant peut être pas autant d'impact. La diffusion au CD FFS, aux CDS et CSR se fera donc à nouveau sous cette forme.

2.6 Journées d'études plongée

Les 26 et 27 Novembre 2005, en Ardèche, des journées d'étude auront pour thème les techniques secours en plongée souterraine. Le 26 à Vallon-Pont-d'Arc, le 27 à Bourg-St-Andéol, organisées par la commission plongée de la FFS, avec la participation du SSF, de la COMED, et du CDS 07;

2.7 Infaux Jeunes

JM. Ostermann pense proposer à la Co Jeunes de diffuser dans leur feuille de liaison des messages courts de prévention, à rédiger par les membres du CT CoMed. Une liste des thèmes possibles est établie : Présentation de la CoMed (JM.O.), Pathologie du Harnais (Y.K.), Epuisement hypothermie déshydratation (C.G.), mortalité cardio-vasculaire et facteurs de risque (G.V.), pathologies et expéditions, leptospirose, addiction,...

2.8 Référentiel stages

Il est prévu (de longue date...) de réaliser une présentation PowerPoint des principaux risques médicaux que présente la spéléologie, en prenant comme base le dossier instruction « spéléo et médecine », et le travail déjà réalisé par JP. Buch, qui pourrait tourner dans les stages sans médecin. Par ailleurs, M. Luquet propose de réaliser un film sur le sujet. Nous retenons l'idée d'un film pédagogique, ce qui nécessite de réaliser un scénario incluant plusieurs pathologies : harnais, épuisement hypothermie, diététique, éclairage, risque de l'eau... A discuter ensemble, prévoir plusieurs week-end de tournage à priori en Lozère ou tournage pendant stage ASV, ou week-end en mai. JM.O. reprend contact avec M. Luquet à ce propos, et proposera à T. Coste qui lui est proche géographiquement de participer au projet.

2.9 Rapport radon

Il devrait sortir début 2006 et a d'autant plus d'intérêt que le sujet est d'actualité (cf. supra).

2.10 Articles pour Spelunca

Il paraît important de produire au moins une fois par an un article pour la revue fédérale, les sujets ne manquent pas. Dans les projets immédiats, on prévoit : Mortalité CV (JPB, quasiment prêt), Assistance victimes (Claire, Raoul), mais d'autres sujets sont avancés : leptospirose, CO², radon, pathologies expés (retour des questionnaires ?), épuration de l'eau, ...

2.11 Diabète et spéléologie

Nous sommes très souvent sollicités pour le problème de l'aptitude à la spéléologie des diabétiques, notamment de type I. Aucune publication n'existant sur ce sujet, JM. Ostermann a proposé l'an dernier de travailler sur la question : R. Duroc montre un document établi par la FFESSM concernant les précautions à prendre chez les diabétiques insulino-dépendants avant de plonger, un document similaire pourrait être élaboré pour la spéléologie.

Plusieurs aspects méritent d'être abordés : recherches biblio, travail de terrain, élaboration de fiches conseils, ... JR et JMO vont essayer de faire des mesures sur le terrain. Contacter service de diabétologie, laboratoire pharmaceutique. Projet de thèse très envisageable.

2.12 FSUE/ CoMed

J.M.O. a proposé à la FSUE de mettre en place un réseau de médecins spéléos européens. Cela devrait se faire dans les semaines à venir.

2.13 Femmes et spéléo

JP. Buch signale une étude très intéressante sur le sujet, réalisée par la région Midi-Pyrénées. Une analyse en sera faite pour la feuille de liaison.

2.14 Prochaine réunion :

La date retenue est le week-end du 11-12 novembre 2006, lieu CLERMONT ou LYON (voir avec T. Coste).

LE STAGE « ASV » 2005 à MEZELS (Lot)

Drs Claire Goudian & Raoul Duroc

Le stage s'est déroulé du 5 au 8 mai 2005 au Centre de la F.O.L. 46 – MEZELS 46110 VAYRAC avec 13 stagiaires. Cette année des fiches d'évaluation continue pour les stagiaires ont été testées ainsi que des fiches de cas concrets elles aussi évaluatives.

Le jeudi 5 mai :

Le matin est débuté par un tour de table pour la présentation des stagiaires et des cadres. La journée a été consacrée aux généralités sur le lot matériel A.S.V. et aux principes de la réalisation du point chaud avec théorie le matin et mise en application en cavité l'après midi. La soirée est consacrée à la présentation de l'organisation des secours, du SSF de la CoMed et de la typologie des accidents.

Le vendredi 6 mai :

Le matin présentation des notions de secourisme spéléo et réalisation du bilan d'une victime avec rédaction de la fiche de bilan le matin, rappel des techniques de déplacement d'une victime et de certains gestes de manipulation comme la mise en PLS. L'après midi application en cavité avec relevage, déplacement examen de victimes et rédaction de la fiche de bilan. En soirée présentation de l'organisation d'une équipe A.S.V. de quatre secouristes et présentation de la mise en civière.

Le samedi 7 mai :

Présentation de la pathologie des principales causes d'accidents en spéléologie (épuisement hypothermie, les fractures, les traumatismes crâniens, la notion de lésions internes et hémorragie ...)

Présentation du lot ASV et de la constitution de base des kits. Notions d'aide au médecin et à la médicalisation, diaporama sur le matériel médical (Ingrid), et notion d'utilisation de ce matériel. L'après midi séquence complète avec abord de la victime, bilan primaire et construction du point chaud, relevage et mise en point chaud de la victime, examen et bilan secondaire au point chaud et mise en œuvre de l'aide au médecin. Mise en œuvre des TPS.

Le dimanche 8 mai :

Gestion du stress au court de l'intervention A.S.V. et du stress post traumatique. Bilan du stage.

THESE DU Dr MULLER Sophie

Dr Jean-Pierre Buch

« **Elaboration d'un livret d'information sur les pathologies infectieuses et leur prévention destiné aux spéléologues en expédition en zone intertropicale** ».

Dr Sophie MULLER, thèse soutenue le 08/12/04, faculté de médecine de Grenoble (104 pages plus 47 pages de livret autonome).

Sophie Muller est venu trouver la Comed de la FFS pour participer à ses travaux et trouver une idée de thèse. Sur les conseils de

Jean-Michel Ostermann, son choix s'est finalement porté sur la pathologie infectieuse exotique. Notons que la directrice de thèse n'est autre que notre collègue France Rocourt.

Cette thèse fait d'abord une rapide présentation du milieu. Bref historique de la spéléologie, qui, sous son aspect moderne scientifique et aventureux, a vu le jour en France officiellement en 1888. La notion des expéditions à l'étranger est très précoce, datant du début du XXe siècle, mais s'est développée essentiellement à partir des années 70.

Le milieu souterrain : 4% des terres émergées sont calcaires, la plus importante zone étant chinoise. Très succincte introduction du milieu sous ses aspects climatologiques, faune cavernicole, géologie.

Les conditions de vie en expédition sont souvent très précaires (climat, hébergement, risques naturels, alimentation, engagement sous terre très élevé, isolement, stress, durée et rentabilité,...), avec peu d'informations préalables et une présence médicale rare.

Pour le matériel et les méthodes, la thèse s'appuie sur :

1) les comptes-rendus des expéditions françaises de 1998 à 2003 : chaque expédition française parrainée fait un rapport à la CREI indiquant les caractéristiques de l'expédition : participants, zone géographique, journal de bord avec mentions des problèmes médicaux (idéal si fait par médecin).

2) les publications : spéléologiques, la littérature médicale, les recommandations aux voyageurs,

Les résultats. Le dépouillement des comptes-rendus permet de définir les zones explorées, la durée et les pathologies observées.

1) les zones karstiques explorées :

- Amérique intertropicale (Mexique principalement, Jamaïque, Cuba,...), temps cumulé 1000-2000 jours. Pathologies : hépatite A, amibes, typhoïde et paratyphoïde, histoplasmosse surtout.

- Asie intertropicale (Laos, Indonésie,...), temps cumulé de 900 à 2100 jours. Pathologies : paludisme (falciparum), diarrhées, mycoses, dengue, leptospirose, ankylostomiase, shigellose (dysenterie), sans compter sangsues et éléphants...

- Afrique tropicale (Madagascar) : temps cumulé de 60 à 360 jours. Pathologies : néant. A noter l'absence d'expéditions en Afrique continentale.

- Océanie (Papouasie Nouvelle Guinée) : temps cumulé de 1 à 1500 jours. Pathologies : paludisme (vivax), mycoses, histoplasmosse, amibes, diarrhées.

2) les pathologies observées réellement :

Sont repris les points importants pour chaque pathologie : le vecteur ou le mode de contamination, quelques éléments épidémiologiques, les principaux signes cliniques, le traitement et la prévention.

Sont passés en revue :

- les virus : dengue, encéphalite japonaise, fièvre jaune, grippe aviaire, syndrome pulmonaire à Hantavirus, virus Nipah, hépatite A, rage,
- les bactéries : leptospirose, typhoïde et paratyphoïdes,
- les parasites : ankylostomiase, histoplasmosse, leishmaniose (cutanéomuqueuse et viscérale), paludisme, trypanosomiase américaine (maladie de Chagas).

Discussion :

Les expéditions françaises en zone intertropicale concernent 200-300 spéléologues par an, au travers de 30 à 40 expéditions, représentant l'équivalent de 10 années de présence cumulée par an ! Le risque infectieux paraît réel, d'autant que les structures de soins sont éloignées des zones d'explorations.

Les modes de contamination sont multiples : vecteurs animaux (moustiques, arthropodes, chauve-souris), conditions de séjour

(mauvaise hygiène, climat), mauvaise alimentation (respect des consignes habituelles souvent difficile), eau potable rare.

D'autres pathologies sont possibles, infectieuses (bilharziose, borréliose, tétanos,...) ou traumatiques (morsures d'animaux, traumatologie,...) mais n'ont pas été constatées ou en tout cas non décrites (le diagnostic pouvant être fait très tardivement). Les moyens diagnostics de ces pathologies ne sont pas abordés car ne faisant pas l'objet du travail.

Une enquête prospective est mise en place pour recueillir le maximum d'informations sur l'état de santé des participants avant le départ, leur statut vaccinal, les prophylaxies prises, et bien sûr les problèmes médicaux rencontrés sur place et après le retour. Ce questionnaire pourra être diffusé à tous les participants intéressés sous forme papier ou numérique (site Internet de la FFS).

Conclusion :

Elle reprend les arguments, précisant que les pathologies spécifiques des spéléologues en expédition pourraient être l'histoplasmosse, la leptospirose et la rage.

La bibliographie compte 108 références.

Le livret :

Ce qui fait la réelle originalité et la raison d'être de cette thèse est ce livret de 47 pages, annexé au texte de la thèse, intitulé « Le risque infectieux en expédition spéléologique en zone intertropicale, Information et prévention ».

Après un bref préambule d'avertissement, le livret aborde :

- les recommandations générales : avant le départ (consultation médicale, vaccins, assurances, informations diverses sur la zone explorée, matériel de filtration), la pharmacie minimale à emporter, après le retour (examen au moindre symptôme),

- les mesures préventives : hygiène personnelle, l'alimentation, l'eau de boisson et ses divers traitements, la prévention des piqûres d'arthropodes, le contact de l'eau douce (rivière), les animaux, les vaccinations à mettre à jour,

- les zones géographiques et les modes de contamination,

- des fiches maladies : chaque fiche comporte une carte des zones géographiques concernées, le mode de contamination, la durée d'incubation, les principaux signes cliniques, l'évolution, le traitement, la conduite à tenir et la prévention. Ces fiches traitent les pathologies suivantes : rage, dengue, encéphalite japonaise, fièvre jaune, grippe aviaire, virus Nipah, syndrome pulmonaire à Hantavirus, hépatite A, ankylostomiase, histoplasmosse, leishmaniose, paludisme, trypanosomiase américaine (maladie de Chagas), fièvres typhoïdes, leptospirose. Au chapitre des « désagréments fréquents » : mycoses cutanées, diarrhées aiguës.

- un tableau avec accès par symptômes (fièvre et diarrhée) simplifie la recherche.

- une enquête sur les problèmes médicaux en expédition : partie terminale du livret, il s'agit d'une fiche d'enquête informatisée, anonyme et traitée dans le respect du secret médical, qui permettra un suivi prospectif de ces pathologies.

Commentaires :

Cette thèse, à laquelle la Comed FFS a pu apporter quelques conseils, ne prétendra pas être un devoir académique. Son architecture médicale est assez succincte, les pathologies sont survolées (mais l'essentiel y est) et un spécialiste des maladies tropicales s'y ennuyera probablement... Mais tel n'est pas le but de ce travail. Il a été pensé dès le départ comme un outil pédagogique au service de la communauté spéléologique, afin d'offrir un manuel de prévention et d'information facilement accessible, sans se perdre dans des écrits médicaux peu didactiques.

Le livret vient ici en complément parfait de la démarche, avec une existence autonome de la thèse : il est défini comme une

source d'information pour le voyageur (spéléologue ou non d'ailleurs), mais également de retour d'information pour les médecins qui pourront étudier de manière prospective l'évolution de ces pathologies.

De nombreuses expéditions parcourant le monde, nul doute qu'il y aura matière à réflexion.

En tout cas l'objectif est atteint et ce travail est tout à fait recommandable à tout candidat à une expédition, et pourra servir d'aide-mémoire à tout médecin pour ces pathologies par essence peu communes sous nos latitudes, hormis quelques exceptions.

Notons au passage que nos délicieuses et emblématiques chauve-souris peuvent nous contaminer gravement : rage, histoplasmosse, Hantavirus et virus Nipah. Une raison de plus pour ne pas les réveiller....

Enfin, au niveau de l'enquête, l'humour n'est pas absent de ce travail, ce qui ne gêne rien !

THESE DU Dr RIGOT-NIVET Laurence

Dr Jean-Pierre Buch

“Le canyoning : la pratique, les secours”, Pratique du canyoning, médicalisation des secours, et accidentologie du canyoning de 1998 à 2001.

Dr Laurence RIGOT-NIVET, thèse soutenue le 18/04/03, faculté de médecine de Grenoble (163 pages).

Cette thèse, analysée avec un peu de retard, brosse un tableau très complet de la pratique du canyon et des conditions de secours.

I) La première partie présente l'activité : elle met en avant l'aspect ludique qui en fait son succès, dont découle une amusante classification des pratiquants, qui pourront se ranger, au choix, sous la bannière des hédonistes, sportifs, californiens ou montagnards ! Chacun se reconnaîtra...

Sont abordés le matériel personnel et collectif, les techniques d'équipement et de progression, la typologie des canyons, la liste des sites français.

Les aspects hydro-géologiques et écologiques ne sont pas oubliés, avec la constatation amère que la préservation du milieu ne semble pas une priorité pour tous...

La réglementation de l'activité (dépendant de trois fédérations sportives, FFS, FFME, FFCK), les cursus de formation, l'aspect professionnel, les normes de matériel, et la réglementation de la pratique (restrictions, interdictions), rapports avec les différents partenaires (pêcheurs, riverains, EDF) forment austère mais très intéressant chapitre.

II) La deuxième partie traite des secours : elle fait réellement le corps de la thèse, et se divise en plusieurs sous-unités.

1) Les aspects généraux du secours : après un rappel historique précisant les acteurs de terrain, gendarmes, CRS, pompiers, pisteurs-secouristes, voire militaires, ainsi que le SAMU systématiquement mis en alerte dès le déclenchement. Il sont tous sous l'autorité préfectorale au travers des plans de secours. L'hélicoptère est le moyen d'évacuation très majoritaire et fait l'objet d'un chapitre spécifique très documenté.

A noter que les accidents de canyon font partie de la base de données du SNOSM, Système National d'Observation de la Sécurité en Montagne, ce qui permet un recueil de bonne qualité des accidents.

2) Un chapitre original traite du médecin intervenant : son rôle habituel est bien analysé, avec bilan lésionnel, conditionnement de la victime pour l'évacuation, et orientation médicale spécialisée éventuelle. Les gestes techniques consistent essentiellement à un abord veineux, une immobilisation et une analgésie. Les gestes lourds (remplissage vasculaire, petite

chirurgie, intubation) étant plus rares.

Les compétences du médecin sont également précisées, tant pour les techniques médicales (urgentiste, formation continue) que pour les techniques spécifiques de l'intervention (connaissance du matériel de secours, de la prise en charge en milieu particulier, pratique régulière des secours et de l'activité sportive).

3) Les grands principes de l'action médicale :

- Les risques majeurs sont l'hypothermie, qui peut également toucher les sauveteurs (avec l'exemple d'un secouriste tombé à 34°C après 3 heures de brancardage !!), mais aussi l'infection des plaies et fractures ouvertes.

- Les règles de base :

- être autonome et bien équipé, faire un travail propre, rapide, simple et efficace
- soustraire la victime (et les autres) au risque, l'assurer, l'installer confortablement, sécuriser les abords, protéger les voies aériennes

- Les techniques médicales :

- abord veineux sur le dos de la main, remplissage macromoléculaire, antibiothérapie éventuelle
- analgésie rapide et puissante complétée éventuellement par une benzodiazépine facilitant l'évacuation
- conditionnement par du matériel divers (attelle, minerve, Ked,...), le matelas coquille n'étant pas utilisable en canyon.

Les conditions d'intervention sont largement abordées, avec toutes leurs difficultés. La dotation matérielle médicale est détaillée, avec l'oubli du stéthoscope recommandé... Mais il sera dur pour nous d'abandonner ce symbole universel de notre fonction..., et puis il prend pas de place dans le bidon, non ?

III) Les accidents en canyon : cette troisième partie fait le classique inventaire des accidents, de 1998 à 2001, fait à partir d'une fiche statistique établie par nos deux confrères de la Comed, Yves Kaneko et Raymond Gaumer.

Les données du SNOSM font état de 357 secours, mais 272 seulement ont pu être analysés, les pompiers n'ayant malheureusement pas communiqué leurs données. Le chiffre moyen de 90 interventions par an est resté stable sur cette durée de quatre années, alors que les statistiques globales du SNOSM mettent en avant une très forte progression des secours en milieu montagnard, passant de 1871 accidents en 1998 à 3000 en 2000.

La réparation géographique des accidents est donnée, avec un record absolu au canyon de la Maglia, qui totalise à lui seul 36 interventions...

Les conditions des accidents sont étudiées en détail : les délais d'alerte, de sortie, les personnes secourues, le taux de présence du médecin (64%), le mode d'évacuation (80% hélicoptère), les blessés, les causes d'accidents (sauts 46%, glissades et chutes 32%, rappels 8%, épuisement 4%, retards et crue,...), les pathologies (fracture 35%, indemnes 28%, traumatismes 9%, entorse 9%, luxation 6%, hypothermie épuisement 5%, malaise 2%, plaie 2%, noyade 1%), les décès (12 cas dont 3 noyades, 2 arrêts cardiaques), la répartition des pathologies (50% les membres inférieurs). Une liste un peu plus précise des pathologies est fournie en annexe.

IV) Conclusion et annexes :

La conclusion souligne le développement actuel de la pratique du canyon, générant nombre de secours dont beaucoup seraient évitables par une formation au milieu. Car même si les lésions sont peu dramatiques dans l'ensemble, l'accident grave n'est jamais très loin...

Les annexes présentent les recommandations officielles pour la pratique du canyoning, la typologie de difficulté des canyons, la fiche d'alerte, les compétences médicales,

Une bibliographie de 41 références et encore quelques annexes terminent ce volumineux travail.

Commentaires :

Disons le d'emblée, cette thèse est un modèle du genre ! Facile à lire, bien structurée, richement documentée, intelligente, concrète et pratique, compréhensible et utilisable par tous les intervenants même non canyonistes... J'arrête là les qualificatifs élogieux !

Le résumé ci-dessus n'est vraiment qu'un résumé, tant la masse de renseignements est importante, même si tous ne sont pas toujours détaillés, mais il aurait alors fallu une encyclopédie.

Un seul regret, une iconographie à la hauteur du texte aurait par contre été la bienvenue.

L'analyse des accidents est très fouillée, mais la partie strictement médicale est assez peu développée : ce problème paraît récurrent dans les travaux exploitant des fichiers, en raison de l'imprécision notable de ces données, le plus souvent remplies à chaud par des secouristes et non complétées après bilan hospitalier. Les médecins ne sont d'ailleurs guère plus précis dans leurs rapports de secours... Mais le titre de la thèse se restreignait à cette étude des secours sans faire état de pathologies approfondies.

Dernier point, et non des moindres, cette thèse est accompagnée d'un « bonus » fort intéressant, un diaporama numérique de bonne facture, bien qu'un peu trop court à mon avis, où l'on retrouve l'iconographie qui manquait au texte. Cette innovation permet un accès très simplifié à cette thèse et surtout facilitera son utilisation pédagogique, par exemple dans les stages de formation, où sa présentation paraît indispensable.

N'oublions pas un petit clin d'œil à notre confrère France Rocourt, membre du jury de cette thèse.

SARS ET CHAUVE-SOURIS, UN RISQUE POUR LE SPELEOLOGUE?

Dr Jean-Michel Ostermann

En 2002 survenait en Asie l'épidémie fulgurante d'un syndrome associant détresse respiratoire, forte contagiosité, et mortalité élevée. Baptisé Severe Acute Respiratory Syndrom (SARS), soit syndrome de détresse respiratoire aiguë, cette épidémie mit au défi l'Organisation Mondiale de la Santé, et les responsabilités sanitaires de plusieurs pays. A l'origine, une nouvelle espèce de coronavirus (le SARS CoV), dont le réservoir animal n'avait pas jusqu'à présent été formellement identifié, mais plusieurs publications récentes incriminent certaines espèces de chauves-souris, posant le problème de la sécurité des spéléologues explorant en Asie.

Epidémiologie du SARS (HUI et Al., 2004)

Les premiers cas semblent être apparus dans la ville de Foshan, province de Guandong dans le sud de la Chine, à partir de janvier 2003. Une transmission élevée au personnel soignant est déjà notée. Deux mois plus tard, plusieurs grandes villes sont déjà atteintes, et plus de 5000 cas furent répertoriés. L'affection est introduite à Hong Kong par un néphrologue du sud de la Chine en visite dans cette ville fin février 2003, et semble être à l'origine de l'expansion internationale de la maladie. A Hong Kong, l'exposition à un seul patient provoqua l'hospitalisation de 138 personnes pour cette affection. Une seule personne également fut à l'origine de la contamination de 329 habitants d'une résidence.

L'Organisation Mondiale de la Santé place la communauté internationale en état d'alerte maximale le 12 mars 2003. Dès lors, la maladie se répand au Vietnam (63 cas), à Singapour (238 cas), à Taiwan (346 cas), ... Hors d'Asie, l'épidémie concerna 251 personnes au Canada et 29 aux USA, 6 en Australie, et 4 au Royaume-Uni, seuls cas Européens.

L'enquête épidémiologique a révélé que la transmission originelle de la maladie s'était probablement faite à partir de

civettes, mais cet animal n'était soupçonné n'être qu'un vecteur, l'hôte réservoir étant jusqu'alors inconnu.

Clinique et paraclinique

Le tableau clinique évoque un syndrome grippal avec pneumopathie atypique : on retrouve dans tous les cas une forte fièvre, une toux non productive, des myalgies, céphalées, des troubles digestifs (vomissements, et notamment diarrhée dans 70% des cas). Une atteinte neurologique est possible, avec épilepsie.

Le tableau pulmonaire évoque celui d'une pneumopathie atypique avec parfois évolution vers un pneumomédiastin, voire une détresse respiratoire aiguë dans 20% des cas.

Sur le plan biologique, l'affection associe lymphopénie, thrombopénie, coagulation intravasculaire disséminée, élévation des LDH, transaminases, et créatine kinase.

La mortalité est d'environ 10%. Le diagnostic sérologique spécifique s'effectue à l'aide d'une PCR*.

Traitement

Outre les traitements symptomatiques et parfois l'assistance respiratoire dans les cas de détresse, l'administration d'antiviraux (notamment l'association lopinavir/ritonavir) permet une diminution notable de la mortalité. Les corticoïdes à dose élevée (0.5 g par jour) sont également associés à une amélioration significative des symptômes.

Données récentes

Plusieurs études récentes semblent prouver que l'hôte du coronavirus responsable du SARS serait la chauve-souris, notamment certaines espèces de rhinolophes (*Rhinolophus sinicus*). Une recherche d'anticorps anti-coronavirus est revenue positive pour 84% des chauves-souris étudiées dans la région de Hong Kong (Lau et al, 2005). Le virus découvert est très proche génétiquement de celui responsable de l'épidémie de 2002. Une autre publication fait état de présence d'anticorps à plus de 70% chez *Rhinolophus macrotis*, dans la région de Hubei en Chine, et le taux d'anticorps est significatif chez environ 30 % de *Rhinolophus pearsoni* et *Rhinolophus pussilus* (Li et al, 2005). Enfin, nous avons relevé une troisième publication qui met en évidence l'existence d'une nouvelle espèce de Coronavirus du groupe 1, donc proche de celui qui contamine l'homme, chez *Miniopterus magnater* et surtout *Miniopterus pusillus* (Poon et al, 2005). Les civettes vendues sur les marchés chinois ne seraient en fait qu'un hôte d'amplification pour le virus. La question se pose désormais de savoir comment le virus passe d'un hôte à l'autre.

Quoi qu'il en soit, nous jugeons préférable d'adopter désormais une attitude très prudente envers les chiroptères en Asie.

Conseils aux spéléologues

On ignore encore si la transmission du SARS peut se faire de la chauve-souris à l'homme, et de quelle manière. Cependant, en attendant d'en savoir plus, les conseils prodigués pour éviter l'histoplasmosse semblent pour l'instant tout à fait adaptés :

- être prudent vis-à-vis de toute cavité comprenant des chauves-souris
- ne pas ramper sur le guano et /ou parler en ayant la tête proche du sol (attention aux activités telles que topographie, ou études biospéologiques)
- éviter les bivouacs dans des cavités à chiroptères
- ne pas soulever de poussière en explorant
- ne pas manipuler ou déranger les chauves-souris
- ne pas consommer de chauve-souris (c'est un met prisé en Asie)
- éviter les parties de cavités en cul de sac (faible renouvellement de l'air)
- changer de vêtements en sortant des cavités, se laver les mains
- ne pas boire l'eau trouvée dans les cavités, ni manger

- d'aliments souillés par la poussière
- le port d'un masque est très recommandé pour les cavités à chiroptères

Références

- Susanna Lau, Wendong Li, Zhengli Shi, Meng Yu, Wuze Ren, Craig Smith, Jonathan H. Epstein, Hanzhong Wang, Gary Crameri, Zhihong Hu, Huajun Zhang, Jianhong Zhang, Jennifer McEachern, Hume Field, Peter Daszak, Bryan T. Eaton, Shuyi Zhang, Lin-Fa Wang : **Bats Are Natural Reservoirs of SARS-Like Coronaviruses**. Science Vol. 310, 28 October 2005, pp 676-679.

- D S C Hui, M C H Chan, A K Wu and P C Ng, 2004: **Severe acute respiratory syndrome (SARS): epidemiology and clinical features**. Postgrad. Med. J. 80; pp 373-381.

- L. L. M. Poon, D. K. W. Chu, K. H. Chan, O. K. Wong, T. M. Ellis, Y. H. C. Leung, S. K. P. Lau, P. C. Y. Woo, K. Y. Suen, K. Y. Yuen, Y. Guan, and J. S. M. Peiris : **Identification of a Novel Coronavirus in Bats**. J. of Virology, Feb. 2005, Vol. 79, No. 4 pp. 2001-2009.

Remerciements :

Je remercie C. Dodelin d'avoir attiré mon attention sur ce problème.

**PCR : polymerase chain reaction, technique sophistiquée de laboratoire permettant de mettre en évidence des quantités infinitésimales d'anticorps par amplification génique.*

MANUEL DU SAUVETEUR EN SPELEOLOGIE 2005

Dr Raoul Duroc

Le SSF vient de publier un nouveau manuel du sauveteur réactualisé et agrémenté de nombreuses iconographies. L'ouvrage débute par une présentation concise et exhaustive du SSF, de son organisation, résumée dans un organigramme, et de ses intervenants. La formation de ces derniers est bien résumée dans un tableau, elle nécessite un savoir faire technique mais aussi un « savoir être » dans leur comportement.

Les phases d'un secours y sont décrites en débutant par le déclenchement jusqu'à l'opération de secours proprement dite. On commence par décrire les moyens simples pour mettre en attente une victime qui sont de la compétence de tout spéléo et du déclenchement de l'alerte.

L'opération de secours :

- L'équipe ASV est parfaitement à sa place (au début avant tout commencement d'évacuation), première équipe à rejoindre la victime. Le concept de l'ASV y est décrit en huit points.

Une correction à faire cependant : le concept de l'assistance victime (ASV) a été créé par la Commission médicale (Dr J. Bariod) et non par le SSF, contrairement à ce qui est dit page 18. Rendons à César...

- Il est rappelé que le niveau spéléo des membres de l'ASV doit être suffisant pour rejoindre la victime dans toutes les conditions. Cette équipe composée de quatre spéléos minimum doit être le premier maillon de la chaîne des secours, elle devrait être la première équipe créée au sein d'un SSF départemental qui se constitue.

Les problèmes de communications et leurs conséquences sur la suite du secours sont évoqués en détail. Cela va de la feuille de papier aux systèmes les plus sophistiqués. Il est rappelé que les

interlocuteurs entre le fond et le PC de surface doivent parler le même langage et doivent être, de préférence des spéléos.

Les différentes spécialités du secours sont ensuite évoquées, désobstruction, plongée avec intervenants, matériel spécialisé et gestion spécifique. Il y est fait une présentation de la civière plongée.

Le reste de l'ouvrage est consacré aux techniques d'évacuation :

- Utilisation de la civière et brancardage ou il est rappelé qu'il s'agit d'une victime et non pas d'une simple civière qui est transportée.

- Les techniques de translation de la civière y sont largement documentées par une iconographie numérisée très démonstrative et on est rappelé, à bon escient, que dans certaines configurations l'avis d'un médecin est nécessaire.

NOTES DE LECTURE

JOUVEN X., EMPANA J.-P., SCHWARTZ P. J., DESNOS M., COURBON D., DUCIMETIÈRE P. : Heart-Rate Profile during Exercise as a Predictor of Sudden Death, N Engl J Med 2005; 352:1951-1958, May 12, 2005.

Le risque de mort subite d'origine cardiaque a été étudié par cette équipe française sur 5713 hommes sains pendant 23 ans : 81 personnes sont décédées de mort subite dans ce délai. Trois facteurs nouveaux ont été reconnus comme favorisant la survenue d'infarctus myocardique : une fréquence cardiaque FC de base élevée (>75/min), une élévation insuffisante de la FC à l'effort (<89/min), et une baisse insuffisante de la FC à l'arrêt de l'effort (<25/min). La prévention de ces accidents pourrait reposer sur un programme d'entraînement physique régulier.

A noter que le Dr Xavier Jouven est le coordinateur de l'étude et du registre national sur la mort subite que réalise actuellement l'INSERM (voir plus loin).

Dr Jean-Pierre Buch

INFO-SSF n°78 de juin 2005.

Notre étude sur la mortalité est citée par Jean-Paul Couturier avec un court extrait du texte.

FEMMES & SPELEOLOGIE

Dr Jean-Pierre Buch

Ce travail fait en 2003-2004 est décliné sous deux formes.

La première, institutionnelle (CSR Midi-Pyrénées), fait le point sur la présence féminine en spéléo, dans la région Midi-Pyrénées au travers d'une enquête.

La deuxième, plus personnelle, est une monographie de Cécile MORLEC.

La fiche d'enquête et une bibliographie de 26 références (dont 15 de sites Internet) viennent compléter les données de l'étude.

Le dossier complet est consultable et téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://comite.speleo.midipy.free.fr/pages/femmesetsport.htm>.

Les femmes et la spéléologie (CSR), 49 pages.

L'enquête fait le point sur les femmes licenciées FFS, leur répartition en âge, leur place dans les structures et leur pratique sportive.

66 clubs et 196 femmes sont répertoriés dans la région (mais seulement 68% des clubs et 22% des femmes auront répondu à

l'enquête).

- **Constat:**

Les spéléos sont des femmes dans 26,53% des cas (chiffre identique au niveau national), mais dans les autres sports elles sont 31,20%. Elles sont très majoritairement jeunes (71% de moins de 40 ans), très peu représentées dans les structures (17%) et d'autant moins que cette structure à une plus large portée, sans qu'il y ait cependant de discrimination à leur rencontre.

7% des diplômés EFS sont des femmes.

La pratique de l'activité est, par ordre décroissant : initiation et visite, publications, scientifique et environnementale, canyon, topographie, expéditions, secours, formation technique, plongée, exploration, matériel, désobstruction. Globalement, les activités préférées de femmes sont celles qui sont le moins proposées par les clubs...

- **Propositions :**

Améliorer le recrutement (problème identique pour les hommes), améliorer la parité institutionnelle, l'image de marque, valoriser les femmes, tenir compte des différences physiologiques, développer les activités correspondant aux attentes des femmes, gérer les obligations familiales, etc.

Les femmes et la spéléologie (Cécile MORLEC), 58 pages.

Après une introduction détaillée concernant l'intégration et la représentativité des femmes dans le mouvement sportif en général et dans le milieu spéléo en particulier, et un résumé d'un rapport ministériel intitulé « Femmes et sport », l'auteur aborde un domaine qui nous est plus proche : les caractéristiques physiques et physiologiques des femmes, comparées aux hommes.

Ces caractéristiques sont tantôt défavorables (taille et force musculaire moindres, os plus fragiles, plus grande sensibilité au froid, fragilité capillaire), tantôt plus favorables (souplesse, endurance). Le cycle menstruel et la grossesse viennent perturber durablement les possibilités d'activité.

Mais des facteurs sociaux viennent renforcer les inégalités : moindre disponibilité en raison des tâches familiales et ménagères qui restent encore très féminines, peu de modèles identificatoires féminins, moindre formation technique sportive, un comportement social « allégé » (moindre prise de risque, moindre confiance en soi, prise de responsabilités plus discrète), des centres d'intérêts différents (moins axés sur la performance sportive), des revenus plus bas ne permettant pas une activité (qui peut être onéreuse) très suivie, un machisme encore bien présent parfois...

- **Propositions :**

Valoriser l'engagement des femmes, féminiser les fédérations, accompagner la prise de responsabilités, former un encadrement mixte de qualité, soutenir les actions féminines, mieux adapter l'offre à la demande, partager les expériences.

Tout au long de ce passionnant travail, de nombreuses idées sont exposées pour maintenant et pour demain. Certaines seront plus polémiques que d'autres, sarcasmes et bâtons dans les roues ne manqueront pas, mais toutes valent la peine d'être écoutées et discutées. La ténacité des femmes, et nous savons qu'elles n'en manquent pas, viendront à bout un jour des résistances actuelles, n'en doutons pas !!

SECOURS AU GOUFFRE DE LA PISTE DE L'AIGLE (SAVOIE) (17-18 JANVIER 2004)

Dr France Rocourt

Résumé :

Alors qu'il remontait une verticale de 7m, à la cote -118m, dans l'étréouire de la sortie de ce puits, un spéléologue se luxe la rotule.

Son coéquipier parvient à le faire redescendre et à l'abriter sous un point chaud en attendant l'arrivée des secours.

Entre le lieu de l'accident et la sortie du gouffre, il y a beaucoup de passages étroits qui ne permettent pas le passage d'un brancard, en particulier, les 50 mètres qui suivent le puits ou à eu lieu l'accident.

L'équipe médicale rejoint le blessé 8 heures plus tard. Grâce aux techniques d'anesthésie locorégionale, la luxation de rotule a pu être réduite (le blessé étant très algique) mais surtout, celui-ci a pu regagner la surface par ses propres moyens aidés par les sauveteurs. La médicalisation a permis d'éviter de nombreuses heures de dynamitage dans un gouffre très peu ventilé.

A la sortie de la cavité, la victime a été prise en charge par les sapeurs pompiers du GRIMP de Chambéry puis évacuée par un VSAB vers l'hôpital de Chambéry.

Pour la victime, les suites de cet accident sont simples.

Site et description de la cavité :

Le gouffre se situe sur la commune de Trévignin (X : 883,95 Y : 83,15 Z : 1400)

L'accès se fait (après 1 km de route) à l'aide de raquettes, d'abord en progression horizontale puis à la descente vers le gouffre. La marche d'approche dure 20 minutes.

Le PC est installé à l'office du tourisme de la station de ski du Revard. Le jour de l'accident, les conditions météorologiques sont médiocres et les routes d'accès enneigées.

Circonstances, et heure de l'accident :

Le dimanche 18 janvier, une équipe de quatre spéléologues part en exploration dans le Gouffre de la piste de l'Aigle dans le but de déséquiper cette cavité.

Vers 13 heures, alors qu'il remontait vers la surface, à la sortie étroite d'une verticale de 7 mètres, lors d'un faux mouvement avec glissade, un spéléologue de 24 ans se luxe la rotule.

Son coéquipier, parvient à le faire redescendre et à le mettre à l'abri en ayant confectionné un point chaud : le blessé est isolé du sol par un tapis de cordes et une tente est fabriquée avec des couvertures de survie sous lesquelles règne une température douce grâce aux lampes à acétylène.

16h15: L'alerte arrive dans un premier temps au domicile de France Rocourt par Dominique Lasserre, Conseiller technique adjoint 73, qui lui fait part de la situation. Celle-ci propose d'intervenir et appelle :

- Le SAMU 38 pour déclencher l'intervention médicale

- Thierry Larribe Conseiller technique adjoint 38 ; celui-ci se charge de compléter l'alerte au niveau des autorités de notre département.

- France Rocourt appelle l'unité de permanence montagne : Philippe Charreton, CRS du secours en montagne et titulaire du brevet d'état de spéléologie est disponible pour se rendre sur les lieux.

18h30 l'équipe médicale constituée de France Rocourt, (médecin), Pierre André Fixot (infirmier) et Philippe Charreton (sauveteur), quitte Grenoble après être passée à l'hôpital sud pour récupérer : des bandes plâtrées, des bandes en résine, une attelle de Zimmer, un neurostimulateur, des médicaments à durée d'action longue dans le but d'effectuer une anesthésie locorégionale.

L'accès à la station du Revard se fait en 4X4 au moyen d'un Land Rover de la CRS sur une route dont les 15 derniers kilomètres sont enneigés

Compte-rendu de l'intervention de l'équipe médicale :

19h36 : arrivée au PC à l'office du tourisme du Revard.

21h25 : départ de l'équipe médicale renforcée par Samuel Guibot (spéléologue savoyard) et Lionel Denche (GRIMP 73) vers le gouffre.

23h : l'équipe médicale effectue la jonction avec le blessé. Celui-ci se trouve à l'aplomb de la corde du puits, il souffre beaucoup de son genou mais le point chaud est efficace.

Les conditions d'intervention sont pour le moins très précaires :

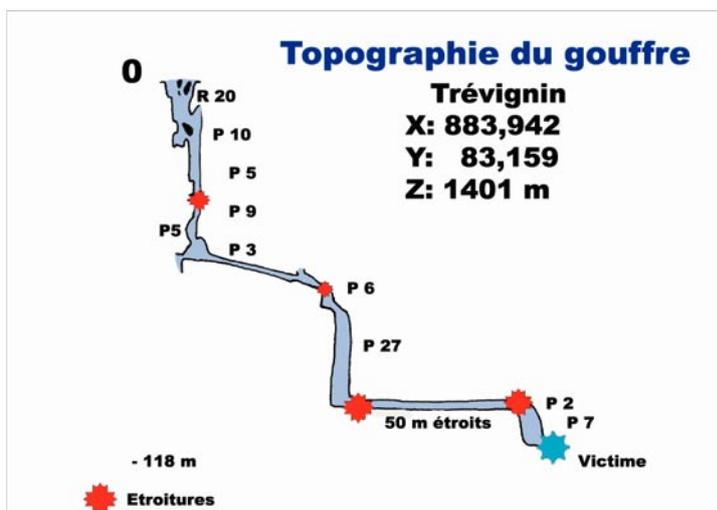
nous sommes couverts de boue, les pieds dans un mare d'eau boueuse, heureusement, il existe un jolie banquette argileuse sur laquelle nous pourrions disposer notre matériel médical.

0h55 : L'équipe téléphonique nous rejoint ce qui nous permet un premier contact avec la surface pour effectuer un premier bilan.

Actions menées au niveau médical :

Velband est immobilisée dans une attelle de Zimmer. La combinaison est remise par-dessus et maintenue par un bande Nylex.

- Pour protéger l'ensemble, le fond d'un sac spéléo est découpé puis le sac est disposé sur la jambe de



- le blessé est couché sur le côté gauche et souffre d'une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit. Le pouls est bien frappé, il a uriné quelques heures après l'accident, il n'a pas froid. Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, pesant 54 kg
- Philippe Charreton découpe la combinaison les sous-vêtements au niveau de la jambe et de la cuisse ainsi que la botte au-dessus de la cheville ;
- Ce « déshabillage » permet de confirmer le diagnostic de luxation de rotule.
- Dans le même temps, Pierre Fixot et France Rocourt installent le matériel médical disposé sur une couverture de survie étalée au niveau de la banquette argileuse.
- Ensuite, c'est au tour de l'extrémité de la manche droite de la combinaison du blessé qui est fendue sur une dizaine de cm de façon à pouvoir nettoyer correctement la main de la victime avec de l'alcool puis de la Bétadine iodée.
- abord veineux sur la main : cathéter 20G et perfusion de 500 cc de sérum salé ;
- Injection de 7,5 gammas de Sufentanyl (ce médicament est un morphinique ayant une action équivalente à 100 X la morphine). Cette injection permet quelques minutes plus tard de positionner le blessé sur le dos.
- la combinaison est ensuite découpée au niveau du pli inguinal, qui est nettoyé avec de l'alcool puis avec de la Bétadine iodée. Une électrode est mise en place au niveau de la cuisse
- Repérage de surface puis de l'artère fémorale et recherche du nerf crural à l'aide du neurostimulateur : contraction du quadriceps à 0,5 mA et injection de 30cc de Naropéine à 0,75% associé à 0,03 mg de Clonidine (le neurostimulateur est un appareil destiné à repérer les nerfs, le Naropéine un anesthésique local de longue durée d'action, la Clonidine augmente encore cette durée)
- Injection complémentaire de 2,5 gammas de Sufentanyl.
- Le bloc nerveux s'installe rapidement, (donc le genou devient insensible) et la réduction (un peu difficile) de la rotule est effectuée.
- la jambe après avoir été emballée par de la

la victime, les bretelles de portage reconverties en bandoulière.

- La perfusion est enlevée mais la voie veineuse conservée et isolée de l'environnement par un pansement.
- Le blessé, remis de ses émotions, s'alimente : boisson froide et barres de céréales.
- NB : le blessé nous dit être à jour de vaccination anti-tétanique et prend du Zolof (1 cp/jour)

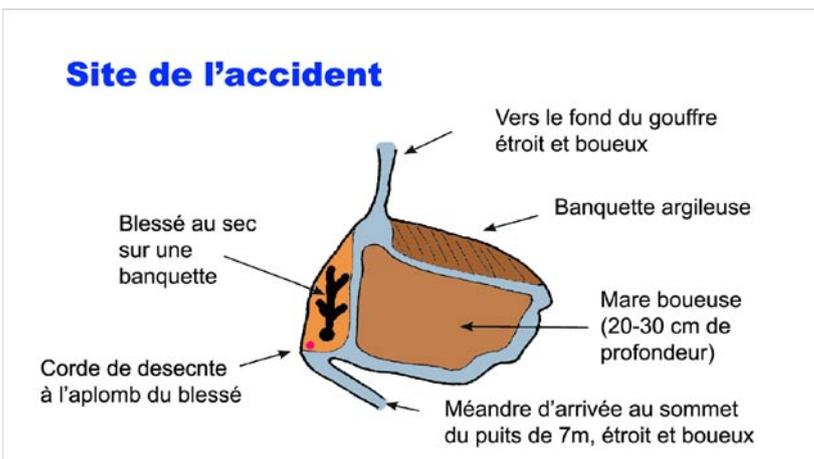
Vers 2h : la remontée commence

Pour la première verticale, la technique du balancier est mise en œuvre, le blessé collabore et dépense beaucoup d'énergie à l'arrivée étroite de la première verticale ce qui occasionne nausées puis vomissement. Le méandre étroit de 50 mètres de long entrecoupé par un ressaut de 2 mètres est franchi sans encombre.

Ce méandre étroit aboutit à une salle, base d'un vaste puits de 27m de. Avant d'entamer la montée de ce puits, le blessé se restaure en absorbant de l'eau et de la nourriture.

A partir de la base du P 27 et jusqu'à la sortie, le blessé se déplace aidé par les sauveteurs dans les parties horizontales et tracté par la technique du balancier dans les verticales. Il ne souffre pas du tout, son genou est complètement anesthésié.

6h25 : sortie du gouffre et prise en charge sur une luge par les sapeurs-pompiers du GRIMP de Chambéry. L'évacuation de la luge est aidée dans la montée par le treuil à corde électrique d'une dameuse positionnée au sommet. De multiples poulies de



renvoie rende la manipulation du brancard aisée.

7h30 : le blessé est évacué vers l'hôpital de Chambéry par un VSAB. Il ne souffre pas, n'a pas froid. Il est seulement un peu boueux ; sa voie veineuse est enlevée dans le VSAB.

8h : l'équipe médicale prend un repas au restaurant situé à côté du PC puis regagne Grenoble.

10h30 : arrivée au SAMU 38.

SECOURS AU GOUFFRE BERGER (25-26 JUILLET 2005)

Dr France Rocourt

Circonstances de l'accident :

Une équipe de 3 spéléologues entre dans la cavité le dimanche 24 juillet à 11H30. A 17H, à la cote -700M, lors de la descente d'un ressaut de 2 mètres environ, un spéléologue de 60 ans, glisse. Lors de cette chute, son coude droit heurte violemment un becquet rocheux ce qui provoque une luxation de l'épaule droite.

L'auto-secours :

Cette équipe de spéléologues chevronnés décide de remonter par ses propres moyens malgré la douleur et les dysesthésies de la victime. En effet, ces spéléologues se trouvent dans une rivière souterraine, potentiellement dangereuse en cas de montée des eaux ; Météo France annonce des orages. Une heure après l'accident, le blessé ne peut plus bouger la main, les dysesthésies violentes persistent de même que la douleur.

Malgré ces souffrances, la remontée se poursuit ; l'équipe arrive au sommet du puits Aldo à la cote -200M.

L'auto-secours va s'arrêter à cet endroit; en effet, à partir du sommet de ce puits, et quelques soient les précipitations extérieures, la sortie du gouffre est possible.

Un point chaud efficace est réalisé: matelas de bivouac, couvertures de survie installées sous forme de tente et lampes à acétylène pour le chauffage.

Le blessé est fatigué, algique, sa main droite est fortement œdématisée, impossible à bouger et les dysesthésies persistent. Malgré ces symptômes, le moral est bon.

L'un des équipiers sort du gouffre pour déclencher l'alerte. Ruben Gomez, Conseiller Technique National du Spéléo Secours Français reçoit l'alerte à 8H50 le 25 juillet; il la retransmet au CODIS 38, ainsi qu'aux Conseillers techniques de l'Isère. Le SAMU 38 est alerté par France Rocourt qui a préalablement rappelé le CODIS 38.

Le secours :

L'équipe médicale est acheminée à l'entrée du gouffre en hélicoptère où elle arrive à 11H30. Elle est constituée de Philippe Bouteille CRS de la section montagne, Ysabelle Thomas infirmière au SAMU 38, Pierre Maréchal infirmier au SDIS et France Rocourt médecin.

L'équipe médicale s'engage dans la cavité à 12H05 et fait la jonction avec la victime peu avant 13H.

Le point chaud est efficace, le blessé ne souffre pas du froid ; il est allongé sur un rocher exigu qui ne permet pas un travail médical confortable : il est impossible de tourner autour du blessé, les bidons contenant le matériel médical sont tenus par les sauveteurs.

a) à l'examen :

L'état général est conservé. Nous observons : une impotence fonctionnelle totale du bras droit avec une douleur évaluée à 8/10. L'épaule droite présente une luxation antéro-interne très déplacée. La main est très œdématisée, le pouls radial est perçu.

b) au niveau neurologique :

Pas de réponse motrice du médian, du cubital, du radial, du

musculo-cutané, anesthésie dans le territoire du nerf circonflexe. Le patient présente une hyperesthésie cutanée de tout le membre.

Celui-ci nous signale suivre un traitement de fond pour une épilepsie très ancienne bien équilibrée.

Devant ce tableau de luxation avec sidération du plexus brachial la réduction s'impose.

c) les gestes réalisés :

Mise en place d'une voie veineuse périphérique sur la main gauche (cathéter 18G), et 500cc de NaCl isotonique puis injection de 7,5 gammas de sufentanyl. Les premiers essais de réduction se révèlent hyperalgiques et inefficaces.

Le blessé se déplace ensuite sur un autre rocher ou son bras est plus accessible. Nous lui injectons 2x5mg de Valium et 2,5 gammas de sufentanyl. Une manœuvre de traction douce est alors entreprise et couronnée de succès en 15 minutes environ. Puis nous injectons 100 mg de Profénid à l'aide d'une infusette de 100cc de NaCl isotonique.

Il est 13H45 : l'épaule est donc restée luxée 20H45

Nous immobilisons le bras par un bandage coude au corps; le blessé est fatigué, la douleur a disparu, l'impotence fonctionnelle est totale, aucune motricité du bras droit, le pouls radial est perçu et bien frappé, il persiste de nombreuses dysesthésies.

Le blessé est ensuite installé dans le duvet pour blessé et allongé pour une petite sieste en attendant l'arrivée du brancard.

L'évacuation se fait dans un premier temps sur un brancard pour remonter les ressauts Aldo, le puits Gontard et le méandre qui mène à la base du puits Garby.

Pendant le brancardage, le blessé reprend des forces et, à sa demande à 21H50, à la base de ce dernier puits, nous l'aidons à se mettre en tenue de spéléologue, et, assisté par les sauveteurs, il peut remonter ce puits, puis le méandre qui conduit aux puits de sortie : le puits de Cairn, les ressauts Holliday, le puits Ruiz et enfin la doline d'entrée.

Le blessé sort du gouffre à 0H25 le mardi 26/7. Un arrêt à l'entrée du gouffre permet la prise d'une collation ainsi que d'enlever la tenue de spéléologue; puis entouré par les sauveteurs, ce courageux blessé regagne les véhicules 4X4 garés à 45 minutes de marche du gouffre. Le blessé arrive à 2H au PC de La Molière

L'évacuation vers l'hôpital Michallon (après avoir enlevé la voie veineuse) se déroule confortablement installé dans une ambulance du SDIS

Le blessé est hospitalisé à 3H45 le mardi 26 juillet 2005. A son arrivée à l'hôpital, un examen succinct permet de voir une motricité timide dans le territoire du nerf radial et rien d'autre.

Conclusion :

Cette équipe de spéléologues chevronnés a décidé de sortir seule la partie dangereuse du gouffre, puis de déclencher le secours. Cette recherche d'autonomie a certainement prolongé la durée de la luxation et donc de la souffrance neurologique. Néanmoins, sortir de la rivière souterraine se devait d'être une action prioritaire. Le blessé aurait pu stationner à -640m ou -500m ce qui aurait permis de déclencher l'alerte plus tôt et donc de raccourcir la durée de la souffrance nerveuse. Les spéléologues ne sont pas médecins et donc n'ont pas pris en compte cet argument. Il est étonnant que la victime ait pu se déplacer avec une telle lésion.

Il est à noter une excellente collaboration sur le terrain des différents intervenants au profit de la victime. Néanmoins, l'équipe médicale s'est constituée à l'entrée du gouffre, le SAMU n'ayant pas été avisé de l'arrivée d'un infirmier sapeur pompier. Cette action n'est pas conforme au plan de secours spéléo. En effet, celui-ci prévoit la régulation de l'aspect médical du secours spéléo par le SAMU 38.

ENQUÊTE INSERM SUR LA MORT SUBITE DU SPORTIF

Dr Jean-Pierre Buch

Le problème de la mort subite en milieu sportif intéresse les instances médicales et sportives nationales, preuve que l'étude CoMed sur la mortalité cardio-vasculaire était bien justifiée. L'enquête nationale, débutée en 2005, ira jusqu'en 2007, mettant à contribution les SAMU-SMUR, les SDIS, la Croix-Rouge, les médecins des fédérations et les arbitres. L'enquête collectera systématiquement les circonstances des décès, au moyen de la fiche standardisée reproduite ci-après et donnera lieu à un registre national de suivi.

La CoMed s'associe bien évidemment à cette démarche, d'autant que nous instituons une démarche voisine auprès de nos collègues du SSF, afin de travailler sur les fiches d'intervention des médecins. Ne voulant pas brouiller les pistes et notre fiche étant plus adaptée au milieu souterrain, nous ne diffuserons au SSF que notre fiche, mais l'enquête nationale pourra être alimentée dans un second temps.

Rappelons que les fiches d'enquête CoMed doivent être envoyées au siège de Lyon, à l'attention de la Commission Médicale. Si vous remplissez des fiches INSERM, merci de l'envoyer également à la Commission Médicale de la FFS, qui la transmettra aux responsables de l'étude INSERM.

Notre étude, que vous avez pu lire dans la feuille de liaison n°38, va faire l'objet d'un article dans Spelunca et d'une publication par le laboratoire Ménarini par l'intermédiaire du Dr François Carré de la Société Française de Médecine du Sport.

Notre étude et sa fiche d'enquête sont par ailleurs toujours consultables et téléchargeables sur le site de la CoMed, <http://comed.ffspeleo.fr/>.

MORT SUBITE DU SPORTIF (INSERM)

DATE / ___/___/___/
NOM /___/___/___/ PRENOM /___/___/___/
DATE DE NAISSANCE /___/___/___/ HOMME
FEMME

COMMUNE D'INTERVENTION : _____
MEDECIN TRAITANT (si possible) : _____
SERVICE INTERVENANT : SMUR (_____)
SDIS CROIX ROUGE AUTRES
ANTECEDENTS CARDIAQUES : OUI NON
si OUI lesquels : _____

CAUSE PRESUMEE DE L'ACR : _____

HEURE PRESUMEE DE L'ACR :
(_____)h(_____)mn
HEURE 1 ER APPEL AU SECOURS :
(_____)h(_____)mn
HEURE D'ARRIVEE EQUIPE PREMIERS SECOURS :
(_____)h(_____)mn
HEURE D'ARRIVEE EQUIPE MEDICALE:
(_____)h(_____)mn
LIEU : _____

CIRCONSTANCE DE L'ACR :
ACTIVITE PRATIQUEE (au moment de l'ACR) : _____

PENDANT UN ENTRAINEMENT APRES
OU PENDANT UNE COMPETITION APRES
PENDANT UN EFFORT :
IMPORTANT MOYEN FAIBLE
LICENCIE(E) : OUI NON Si OUI dans quel(s) sport(s)

PRISE DE MEDICAMENT(S) PRESUMEE : OUI NON
PRISE DE TOXIQUE(S) PRESUMEE : OUI NON

RCP:

RCP REALISEE PAR TEMOINS :
OUI HEURE DE DEBUT (_____)h(_____)mn
NON

RCP REALISEE PAR EQUIPE DE SECOURS :
OUI HEURE DE DEBUT (_____)h(_____)mn
NON

RYTHME CARDIAQUE ENREGISTRE/DSA :
RYTHME AUTORISANT LA DELIVRANCE DE CHOC:
TV OU FV ASYSTOLIE AUTRES
CHOC D'EMBLEE OU APRES RCP
HEURE DE DELIVRANCE DU 1 ER CHOC :
(_____)h(_____)mn

NOMBRE DE CHOCS : _____
DCD SUR PLACE
DCD PENDANT LE TRANSPORT
DCD AUX URGENCES

ADMIS VIVANT :
URGENCES USIC REANIMATION AUTRE
HOPITAL : (_____)mn
MEDECIN HOSPITALIER : (_____)mn

DEVENIR:

DCD DATE DE DECES : /___/___/___/

VIVANT SANS SEQUELLE
VIVANT AVEC SEQUELLES
MINIMES IMPORTANTES
IMPLANTATION D'UN DEFIBRILLATEUR
AUTOMATIQUE
STRUCTURE SPECIALISEE SI OUI : _____

COMMENTAIRES :

(NB : cette fiche d'enquête est téléchargeable sur le site www.mortsubite.org)

Réunion des Trésoriers de la FFS

Dr Thierry Coste

Le samedi 3 septembre 2005 a eu lieu, au siège fédéral, une réunion des trésoriers des commissions de la fédération en présence de Laurent Galmiche, trésorier fédéral, Eric Lefebvre, président de la commission financière et Georges Mercier, comptable de la fédération. J'y ai participé, au titre de la commission médicale.

Le principal but de cette docte assemblée, outre la convivialité, était de faire le point sur le nouveau règlement financier dans notre pratique et les diverses règles comptables qui en découlent. En ce qui nous concerne, en l'absence de « moyen direct de paiement », c'est-à-dire de carnet de chèques, pas de modification dans notre pratique. Mais il a été encore une fois insisté sur l'importance d'un délai le plus court possible entre la réalisation d'une action et l'envoi des notes de frais correspondantes afin de permettre un meilleur suivi des dépenses sur l'année. Pour la CoMed, elles doivent passer

par moi, et oui, pour vérification et signature. Beaucoup de trésoriers notent un grand nombre d'erreurs de calcul même si avec un tarif kilométrique à 0,25 euro il suffit de diviser par 4 la longueur du trajet. Comme ce tarif va évoluer annuellement selon un système d'indexation nous sommes tous inquiets et envisageons d'abandonner les bouliers pour investir dans de coûteuses calculatrices K-Chie-Haut. Pensez tous ^ bien joindre tous les justificatifs, tels que originaux de tickets de péage etc... Sinon: pas de remboursement.

Cette réunion m'a également permis de connaître le montant de la subvention qui nous est accordée pour 2005: 5000 euros (au premier octobre nous en avons justifié 1750, au 15 novembre, avant réception de toutes celles concernant la réunion annuelle de la CoMed un peu moins de 3000).

Un dernier point abordé, qui me semble important, est de rappeler que l'on peut abandonner tout ou partie de ses frais au compte de la fédération mais qu'il est nécessaire de le faire en se servant de la note de frais, en remplissant et signant le petit encart avant le bas de page. Ceci pour deux raisons: d'une part ces sommes sont portées au crédit fédéral et permettent d'augmenter les entrées autre que les subventions, et ça fait bien vis à vis de la tutelle, et d'autre part le comptable s'engage à vous fournir annuellement un justificatif pour déduction fiscale.

ANNUAIRE DE LA COMED

Pour ceux qui ne sont pas des habitués du site Internet de la CoMed, nous avons jugé utile de présenter les membres du conseil technique. Nous vous rappelons que le site Internet a une adresse encore provisoire, mais qu'il est parfaitement opérationnel, même s'il doit évoluer prochainement grâce aux compétences de Raoul Duroc. L'adresse est: <http://comed.ffspeleo.fr/>.

Président

OSTERMANN Jean Michel (Dordogne) Région G
Atmosphères toxiques / documentation
Tél.: 05 53 55 04 57
Courriel: jeanmichel.ostermann@wanadoo.fr



Président adjoint

DUROC Raoul (Hautes Alpes) Région D
Assistance aux victimes / webmestre
Tél.: 06 87 31 61 91
Fax: 04 92 45 40 30
Courriel: Raoul.DUROC@wanadoo.fr



Trésorier

COSTE Thierry (Allier) Région M
Statistiques spéléo
Tél.: 04 70 31 55 64
Courriel: thierry.coste03@wanadoo.fr



BUCH Jean-Pierre (Gard) Région E
Conseil technique / Feuille de liaison
Tél.: 04 66 60 65 30
Courriel: jpbuch@wanadoo.fr



LE TARNEC Jean-Charles (Vienne) Région S
Conseil technique
Tél.: 05 49 42 85 67
Courriel: jc.lt@free.fr



GOUDIAN Claire (Ardèche) Région C
Conseil technique / assistance aux victimes
Tél.: 04 75 52 46 03
Fax: 04 75 52 48 24
Courriel: JacGoudian@aol.com



KANEKO Yves (Drôme) Région C
Conseil technique / canyon
Tél.: 06 07 43 69 72
Fax: 04 75 98 30 67
Courriel: Kanekoyves@aol.com



VALENTIN Guy (Gard) Région E
Conseil technique / Feuille de liaison
Tél.: 04 66 22 48 89
Fax: 04 66 22 48 89
Courriel: gvalentin001@wanadoo.fr



VIDAL Alain (Bouches du Rhône) Région D
Conseil technique
Tél.: 04 42 89 53 40
Courriel: dr.alain.vidal@wanadoo.fr



CHAMBARD Jacques (Savoie) Région C
Conseil technique / Expéditions
Tél.: 04 79 37 90 26
Courriel: chambard.jacques@wanadoo.fr



MOURET Claude (Pyrénées Atlantiques) Région U
Conseil technique / représentant du comité directeur F.F.S.
Tél.: 05 59 13 90 17
Fax: 05 59 13 90 17
Courriel: claudemouret@wanadoo.fr



La CoMed ne doit pas se limiter au trombinoscope présenté ici! Tout médecin, quels que soient sa spécialité et son niveau de pratique spéléo, qui serait intéressé par les aspects médicaux de la spéléo, et ils sont nombreux, peut venir apporter sa contribution à la collectivité. Nous serons toujours prêts à l'accueillir.

REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMED

Le règlement intérieur de la CoMed ayant été remis à jour récemment, il a paru utile de le diffuser ici, pour ceux qui n'auraient pu le lire dans Spelunca. Voici donc.

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 coordonnateurs 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 FFS, 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, un (ou deux) membre(s) supplémentaire(s), secrétaire et/ou trésorier, élus pour 4 ans en son sein par le conseil technique

de la 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 coordonnateurs nationaux, désignés annuellement parmi les médecins fédérés par le conseil technique sortant et par médecins fédéraux régionaux réunis en assemblée plénière au cours de l'assemblée générale annuelle de la FFS. 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 bulletin secret. 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 CDS en leur CSR parmi les médecins fédérés. Ils doivent se faire reconnaître des instances sportives régionales (DRJS 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 CDS 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. À 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 par 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 coordonnateurs 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 de la CoMed. Il définit les grandes orientations d'activité pour l'année à venir et propose le budget. Il répartit les tâches des médecins coordonnateurs 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 coordonnateurs 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 officialisées par les instances fédérales de la FFS et, si possible, par l'administration compétente :

- président (Médecin fédéral national) : agrément par le ministère des Sports.
- médecins fédéraux régionaux : reconnaissance par les instances sportives régionales et la direction nationale de la

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 de la 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 (arrêté du 28 avril 2000). Les qualifications que doivent posséder les médecins amenés à réaliser cet examen sont :

- le Certificat d'études spéciales ou la Capacité de médecine hyperbare, ou l'agrément de la Fédération française d'études et de sports 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 doivent 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 suivantes relatives 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 ;
 - épilepsie, 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.

26/07/2006 Module 1 du moniteur - Alpes Maritimes
 24/04/2006 Module 2 du moniteur - Jura
 29/10/2006 Module 3 du moniteur - Vaucluse

Spéléo Secours Français (2006)

Rassemblement secours et sécurité en spéléo plongée - 11-12/03/2006 - Ardèche
 Gestion Secours 6-9/05/2006 (Vaucluse)
 Assistance aux Victimes 25-28/05/2006 - Ardèche
 Secours et sécurité en spéléo plongée 10-11/06/2006 (Ardèche)
 Equipier / Chef d'équipe International - 29/10 - 05/11/2006 - Doubs
 Equipier/ Chef d'équipe - National 11-19/11/ 2006 - Drôme
 Conseiller Technique (CTDS) 11-19 novembre 2006 - Drôme
 Désobstruction Secours 23-26 novembre 2006 - Lot
 Secours en spéléo-plongée - 25-26 novembre 2006 - Ardèche

Stages de formation canyon (2006)

Initiateur - 22/04/06 - Corse
 Initiateur - 25/05/06 - Ain
 Initiateur - 03/06/06 - Jura
 Initiateur - 24/07/06 - Haute-Savoie
 Initiateur - 07/08/06 - Hautes Pyrénées
 Initiateur - 11/09/06 -
 Initiateur - 11/10/06 - Ile de la Réunion
 Moniteur, modules 1-2-3, 02/04/06 - Crète
 Moniteur, modules 1-2-3, 27/05/06 - Jura
 Moniteur, modules 1-2-3, 28/05/06 - Rhône Alpes
 Moniteur, modules 1-2-3, 25/06/06 - Pyrénées Atlantiques
 Moniteur, modules 1-2-3, 21/08/06 - Vercors
 Moniteur, modules 1-2-3, 21/08/06 - Haute-Savoie

Stages de formation EFPS (2006)

Initiateur et moniteur - 21/07/06 - Lot

Rappelons que nous nous étions fixés une priorité pour les interventions en stage de cadre, au moins pour les stages de moniteur. En tout cas en fonction de la disponibilité de chacun et en fonction de l'éloignement des centres de stages. Pour le matériel pédagogique, même s'il demande à être ré-actualisé et finalisé, nous disposons du dossier d'instruction de JM. Ostermann et des montage numériques Power-Point de JP. Buch, sans oublier l'imagination de chacun...

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 des règlements de la FFS et sera suspendu jusqu'à régularisation de la situation.

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

Article 8 - Divers

Toutes les personnes exerçant des responsabilités ou des actions au sein de la CoMed sont censées avoir pris connaissance du présent RI et en avoir accepté le contenu. Il annule le précédent et toute disposition technique prise antérieurement concernant le fonctionnement de la CoMed. Il a été approuvé le 8 juin 2003 par l'Assemblée générale de la FFS, après avis favorable de la commission des Statuts et règlements fédéraux, conformément au règlement intérieur de la Fédération française de spéléologie. Toute modification du règlement médical fédéral devra être transmis pour approbation au ministre chargé des sport.

INFOS EN VRAC

Le prochain stage « ASV » : il est prévu en mai 2006 (à l'Ascension) en Ardèche, sur la base de loisirs de Salavas, à côté de Vallon-Pont d'Arc.

La prochaine réunion de la CoMed : elle est prévue le week-end du 11-12 novembre 2006, sur deux jours seulement, dans un lieu à définir (Clermont-Ferrand ou Lyon).

Certificat médical : la réglementation vient de confirmer que la délivrance d'un certificat médical était un acte non remboursable par la Sécurité Sociale. Cette mesure est évidemment discutable et diversement appréciée, mais il est utile de le rappeler pour les confrères amenés à les signer.



SOS: espèce troglodyte en voie de disparition...

STAGES DE FORMATION

Voici le calendrier des stages 2006, que vous retrouverez également sur le site fédéral.

Stages de formation des cadres (2006)

18/02/2006 Initiateur - Cabrerets
 24/04/2006 Initiateur - Saint-christol-d'Albion
 01/07/2006 Initiateur - - Hérault
 08/07/2006 Initiateur - - Doubs
 05/08/2006 Initiateur - - Pyrénées Atlantiques
 28/10/2006 Initiateur - - Ariège
 27/02/2006 Module 0 du moniteur - Lozère

