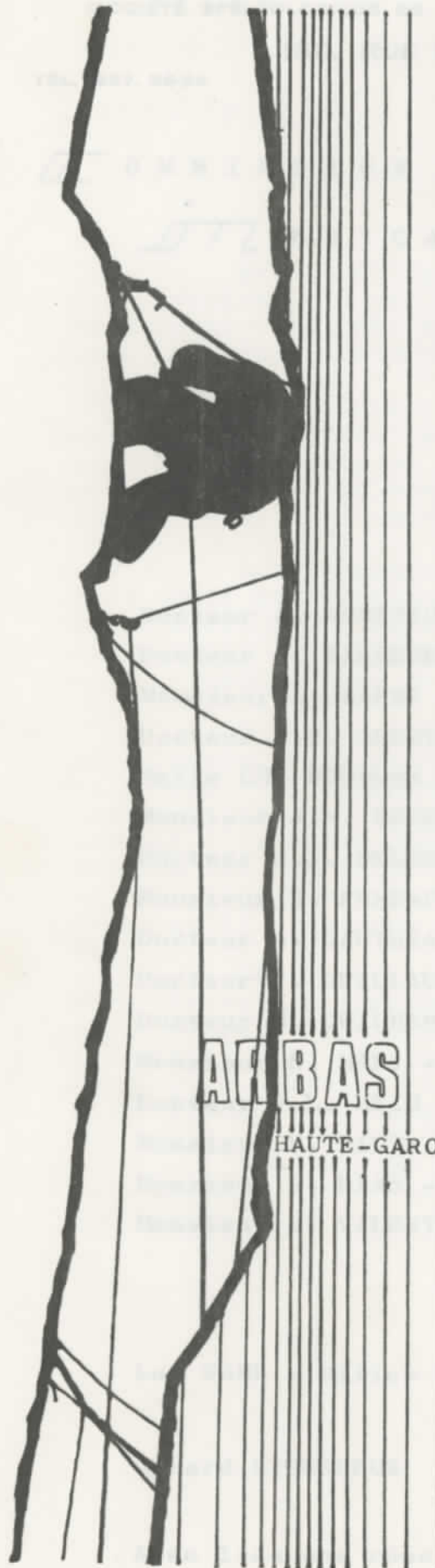


FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPÉLÉOLOGIE



SPÉLÉO

SECOURS

FRANCAIS

**COMMISSION
MEDICALE**

ARBAS

HAUTE - GARONNE



**RENCONTRE
MEDICALISATION
DES
SECOURS**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPÉLÉOLOGIE

(SOCIÉTÉ SPÉLÉOLOGIQUE DE FRANCE - COMITÉ NATIONAL DE SPÉLÉOLOGIE)

130, RUE SAINT-MAUR - PARIS XI^E

TÉL. 357. 56-54

C. C. P. 3347-11 PARIS

II O M M I S S I O N

IIII E D I C A L E

PARTICIPANTS

AU WEEK-END DES

19/20/21 OCTOBRE 1979

ARBAS - HAUTE-GARONNE

Docteur A. ANDRIEUX - 64 MAULEON
Docteur A. BALLEREAU - 52 SAINT DIZIER
Monsieur A. BARRE - 38 GRENOBLE
Docteur P.Y. BLERVAQUE - 26 LA CHAPELLE EN VERCORS
Melle CH. BOURLON - 38 GRENOBLE
Monsieur J.M. BRUERE - 31 SAINT PLANCARD
Docteur J.J. DELBOUSQUET - 09 LAVELANET
Monsieur B. FUMEAU - 16 SAINT MICHEL
Docteur A. GAUTREAU - 16 BARBEZIEUX
Docteur F. GUILLAUME - 38 GRENOBLE
Docteur M. GUILHEM - 09 VARILHES
Monsieur N. HADJ - 64 MOUMOUR
Docteur J.L. HEIB - 31 SAINT GAUDENS
Monsieur P. PINTA - 31 TOULOUSE
Monsieur P. RIAS - 38 GRENOBLE
Monsieur G. VALENTIN - 30 NIMES

ENCADREMENT SPELEO

REALISE PAR :

Luc WAHL - Gilles HEIB - Michel MOURIES

A LA CUISINE :

Gérard LIGNEREUX

LE SAMEDI SOIR :

A eu lieu une réunion regroupant : le délégué régional,
les conseillers techniques de la région, quelques spéléos.

INTRODUCTION (sans jeu de mot....)

En spéléologie, il y avait le monde des artificiers, des photographes, des plongeurs ... Nous pouvons y ajouter maintenant celui des toubibs, pour le plus grand bien de nous tous, spéléos, accidentés en puissance.

Cette équipe réunie à ARBAS, en salle tout d'abord, puis sur le terrain où tout s'arrange, tout se lie, cette équipe de toubibs, j'y ai senti une envie de travailler ensemble pour avoir plus de compétence dans ce domaine bien particulier qu'est celui de la médicalisation du sauvetage en grotte.

Les échanges, les informations, trouvés pendant ces deux jours contribueront à faire reculer un peu plus les portes de la mort. L'efficacité de cette technique sensibilise les conseillers techniques qui font et feront de plus en plus appel à ces toubibs "bien de chez nous".

En effet, à une certaine époque, faute de médecin opérationnel, les sauvetages se faisaient au petit bonheur la chance ; le diagnostic était souvent fait par le spéléosauveteur, et de la chance, il fallait que le blessé en possède pas mal : de citer untel qui est sorti avec une fracture de la colonne, par ses propres moyens, poussé, tiré par les autres ; ou tel autre, mort parce qu'il n'y avait personne pour le suivre alors qu'il avait une simple fracture du fémur.

Cela ne doit plus se produire, la médicalisation doit être déclenchée pratiquement à chaque sauvetage, car il vaut mieux déranger l'équipe médicale pour rien, de plus les services ne peuvent être structurés et être maintenus que s'il y est fait appel, alors il faut faire fonctionner la structure car l'assistance de l'équipe médicale n'est pas un luxe.

Nous étions au bord du gouffre ... avec cette nouvelle équipe, nous avons fait un grand pas en avant mais, avec quelle sérénité

Pierre RIAS
Directeur du Secours
Spéléo Français .-

PROGRAMME REALISE

VENDREDI 19 OCTOBRE 1979

- 9 h : Arrivée des participants
- 10 h : Présentation de la rencontre
par le Docteur France GUILLAUME, responsable
Commission Médicale
par Pierre RIAS, Directeur du SSF

10 h 30 : Début des travaux

Agréments des médecins présents.

Mise en forme de la plaquette présentant la Spéléologie et les critères d'aptitudes à la pratique de ce sport destinée à Jeunesse et Sports, aux médecins du sport, aux médecins agréés par la FFS.

base de travail : projet Dr Jean BARIOD
projet Dr André BALLEREAU

responsable synthèse : Dr André BALLEREAU

12 h : Apéritif offert par le SSF

REPAS

14 h : Différents modes d'abord veineux - perfusions -
par Antoine BARRE

15 h : Médicalisation des secours

Mise en forme d'une liste-type de matériel médical, destinée aux différentes équipes médicales des spéléo-secours départementaux

base de travail : liste de l'antenne médicale
spéléo SAMU 38
liste de l'antenne médicale
spéléo SAMU 31

responsable synthèse : Dr France GUILLAUME

.../...

16 h : Comptes-rendus d'intervention médicale en secours réel
par le Dr Alain ANDRIEUX (Pyrénées Atlantiques)
le Dr Patrick PINTA (Haute Garonne)
le Dr Jean-Louis HEIB (Haute Garonne)
le Dr Pierre-Yves BLERVAQUE (Drôme)

17 h : Mise en forme d'un texte concernant la conduite à tenir en cas d'accident en milieu souterrain, destiné aux stages EFS

base de travail : projet Dr PINTA, Dr HEIB
et Dr BATUT

responsable de synthèse : Dr Patrick PINTA

18 h : Temps libre

19 h 30 : REPAS

** ** *

SAMEDI 20 OCTOBRE 1979

9 h : Arrivée des Conseillers Techniques Midi-Pyrénées
Visite d'Emile BUGA

9 h 30 : Mise en forme d'un texte sur la physiologie de l'effort en spéléologie

base de travail : Article Claude SERRET
Projet dr France GUILLAUME

responsable synthèse : Dr France GUILLAUME

Présentation de l'Ecole Française de Spéléologie
par PIERRE RIAS

10 h 15 : Structuration de la Commission Médicale de la FFS

Responsable de la Commission auprès
de la FFS : Dr France GUILLAUME

Trois grands axes de travail : prévention
secours
recherche

.../...

Répartition des tâches :

Prévention : Melle Christine BOURLON
Dr Pierre-Yves BLERVAQUE

Secours :
Plongée : Dr Olivier KERGOMAR
Dr Jean BARIOD

Relation avec SSF :)
Exploitation des) Dr André BALLEREAU
rapports d'accidents :)

Recherches, contact, fichier, biblio :

Dossier Grandes Expéditions : Dr J.M. FLANDIN
Biblio, fichier : Dr J.M. BLANCHARD
Relation Médicale (labo, revue..) :
Dr A. ANDRIEUX
Article Spélunca : Dr J.L. HEIB
Sujets de Thèse : Commission Médicale

11 h 45 : Fin des travaux

Accord pour la prochaine rencontre :
LIEU : LES CAUSSES (Lozère)
DATES: 29/30 MARS 1980

12 h : REPAS

14 h 30 : Activités en falaise

Mise au point des techniques personnelles de
progression
Démonstration technique du "Balancier"

18 h : Participation des médecins (en tant qu'observateurs)
à la réunion des CT Midi-Pyrénées, au sujet d'une
mise au point sur l'organisation des secours dans cette
région à propos du dernier secours réel en Haute-
Garonne.
Maurice DUCHENE et son équipe CT, Ruben GOMEZ,
Pierre RIAS

19 h : Vin d'honneur offert par Monsieur le Maire d'ARBAS

20 h : REPAS

** ** * * * * *

DIMANCHE 21 OCTOBRE 1979

EXPLORATION DE LA GROTTES DE PENE BLANCHE
(Réseau FELIX TROMBE)

Organisation : Luc WAHL .-

Le 21 octobre 1979, un groupe de sept personnes a effectué une exploration de la grotte de Pène Blanche, située dans le département de la Moselle, à proximité de la commune de Pange. Cette grotte, qui fait partie du réseau de la grotte de Pange, est une cavité souterraine d'origine karstique, caractérisée par des passages étroits et des passages étroits.

Le but de cette exploration était de découvrir de nouvelles ramifications de la grotte et de déterminer l'étendue de son réseau. Les explorateurs ont rencontré de nombreuses difficultés, notamment à cause de l'absence de lumière artificielle et de l'humidité excessive. Malgré ces obstacles, ils ont réussi à parcourir une distance de plusieurs centaines de mètres.

Conclusion

Les résultats de cette exploration ont permis de confirmer l'existence de nouvelles ramifications de la grotte de Pène Blanche. Ces découvertes ont permis de mieux comprendre la structure complexe de ce réseau souterrain. Les explorateurs ont également constaté que la grotte est toujours très humide et que l'absence de lumière artificielle rend l'exploration très difficile.

LA SPELEOLOGIE :

CRITERES D'APTITUDE A LA
PRATIQUE DE CE SPORT

La Spéléologie, "science des cavernes" est née en Europe, et s'est épanouie en France, surtout au cours de ces vingt dernières années.

La Spéléologie toutefois, n'est pas seulement une activité sportive spécialisée portée aujourd'hui au plus haut niveau technique et athlétique, elle reste encore un ensemble de sensations et d'actions physiques et intellectuelles accessibles à tous. Elle est à la fois sport, science, aventure. Les techniques et les matériels, même les plus perfectionnés, ne sont que des accessoires pour sécuriser et reculer les limites des explorations.

Que l'on pratique la spéléologie la plus difficile, de niveau technique et physique élevé, ou que l'on choisisse une spéléologie moins spectaculaire et plus facile où les capacités techniques et physiques peuvent être moyennes, l'envoûtement exercé par le monde souterrain est le même pour tous.

Ainsi, soit par le biais du sport ou de la découverte scientifique, soit par le biais du besoin d'aventure ou de la simple curiosité nombreux sont les individus à pénétrer sous terre et à devenir spéléologues.

Mais le milieu souterrain a ses lois et ses exigences, ses risques et ses dangers, et pour y pénétrer, le spéléologue doit se soumettre à des règles : connaissance de ce milieu particulier, connaissance des obstacles et des techniques, connaissance des dangers et des limites, aptitude et préparation physique.

** ** *

LES REGIONS CALCAIRES EN FRANCE

La Spéléologie se pratique essentiellement dans les régions calcaires où se produit le phénomène de karstification qui correspond à l'établissement par l'eau, d'un drainage souterrain par des conduits permettant le développement de bassins fermés et de cavernes dont certaines sont accessibles à l'homme.

En France, les plus importantes régions calcaires se situent au Sud d'une ligne allant de Bâle à Bordeaux.

Ainsi, l'on peut distinguer du Nord au Sud et de l'Est en Ouest, les massifs calcaires : du Jura - des Alpes - de Provence - du Languedoc - des Causses - du Périgord - des Pyrénées.

C'est dans ces régions que se concentre la plus grande partie des activités spéléologiques françaises.

Mais au Nord de la limite considérée, il existe de petites zones calcaires, comme en Normandie, en Charentes, en Lorraine, en Bourgogne où se développent des réseaux souterrains plus modestes mais attirant malgré tout de nombreux spéléologues régionaux.

Ainsi, grâce à ces différents massifs calcaires, la France compte plus de 15 000 cavités dont les deux gouffres les plus profonds du Monde : le réseau de la Pierre Saint Martin dans les Pyrénées et le Gouffre Jean Bernard en Haute-Savoie.

** ** * * * * *



Registre International des Grottes
Activité Spéléologique Internationale





Registre International des Grottes
Activité Spéléologique Internationale

LES PRINCIPALES REGIONS

KARSTIQUES

DE FRANCE



-  Régions fortement karstifiées
Activité spéléologique importante
-  Régions moyennement karstifiées
Activité spéléologique moyenne

LE MILIEU SOUTERRAIN

Le monde souterrain offre au spéléologue un milieu très particulier auquel il devra s'adapter et dont les principales caractéristiques sont :

- OBSCURITE

Le plus souvent totale à quelques mètres de l'entrée, l'obscurité est sans aucun doute le premier et principal obstacle que doit surmonter le spéléologue.

C'est une obscurité absolue, différente de celle de la nuit, qui procure une sensation d'isolement total aussi bien de l'environnement que de son propre corps que l'on ne peut même pas distinguer.

- TEMPERATURE

Elle est à peu près constante dans une même cavité tant l'hiver que l'été. Elle varie surtout suivant les régions, l'altitude de l'ouverture, le type de réseau : actif ou fossile.

Dans nos régions, la température est en général assez froide, 5° à 12°. Pour le spéléologue, la température devient un problème surtout si il y a des relais prolongés et elle est d'autant plus pénible que s'y ajoute l'humidité.

- HUMIDITE

Elle est très importante et se situe en moyenne entre 80 et 100 % de degré hygrométrique (un peu moins pour les réseaux fossiles).

Cette saturation en eau va, jointe à une température basse, augmenter les pertes de chaleur du corps humain et par là, sa consommation d'énergie, d'où l'intérêt que doit porter le spéléologue à son habillement qui doit tout en lui tenant chaud, lui permettre de lutter contre l'humidité.

- AIR AMBIANT

Les mouvements d'air entre l'extérieur et l'intérieur sont en général peu marqués et variables, mais dans certaines cavités

.../...

les courants d'airs soufflants ou aspirants peuvent atteindre parfois des vitesses de plus de 60 km/h.

C'est grâce à ces mouvements d'air perpétuels que le spéléologue a très rarement à craindre l'asphyxie par confinement.

- ISOLEMENT

Ces caractéristiques du milieu souterrain constituent des constantes communes à toutes les cavités, constantes contre lesquelles le spéléologue devra en permanence se prémunir quelque soit le type d'exploration qu'il effectuera : petit réseau régional ou gouffre des grandes régions karstiques.

** * * * *

LA PROGRESSION EN MILIEU SOUTERRAIN

Il s'agit d'une progression très variée que l'on pourrait rapprocher d'un "parcours du combattant" à grande échelle, mais sans la notion de compétition. C'est une progression chaotique, associant marche, escalade, descente et remontée de multiples ressauts, passages bas, grandes verticales.

LES GRANDS TYPES DE CAVITES

. Les grottes horizontales et sèches

La progression n'y pose pas de problème particulier, si ce n'est par la distance parcourue et la durée de l'exploration. Leur exploration nécessite peu de matériel, la condition physique peut être moyenne.

. Les gouffres et avens

Leur exploration nécessite beaucoup de matériel de l'organisation et une connaissance parfaite des techniques de progression. La condition physique doit être parfaite.

. Les rivières souterraines

À la progression parfois ardue, s'ajoute la présence de l'eau froide. Les escalades et les descentes de puits se font souvent sous cascades.

L'épuisement et l'hypothermie sont à redouter : on les évitera par des séjours courts à progression rapide et par un équipement adapté (pontonnaire, vêtement néoprène).

. Les réseaux mixtes

Les cavités importantes associent le plus souvent les trois types précédents de cavité : succession de grandes verticales et de réseaux horizontaux débouchant en général dans une rivière souterraine.

L'exploration de ces réseaux pose souvent un problème dans le choix de l'équipement individuel qui ne peut être adapté à chaque cas : le vêtement néoprène nécessaire en rivière devient insupportable voire dangereux en galerie sèche ou dans un puits.

L'organisme du spéléologue sera soumis à un travail musculaire intense et de longue durée.

.../...

LES OBSTACLES

Au cours des explorations dans ces cavités seront rencontrés des obstacles propres au milieu souterrain et à la progression spéléologique.

. Les étroitures

C'est un obstacle que l'on ne peut franchir qu'au prix de contorsions et de réptations parfois longues et épuisantes. Les qualités psychologiques, le calme, le sang froid sont essentiels au franchissement de ces passages.

. Les escalades, les méandres

Ces obstacles le plus souvent très techniques demandent un effort physique et une vigilance de tous les instants. L'apparition de la fatigue peut compromettre l'efficacité technique du spéléologue augmentant ainsi les risques de la progression.

. Les puits

Leur hauteur est variable : de quelques mètres à plusieurs centaines de mètres de verticale pure.

La descente s'effectue en rappel sur corde, la remontée plus éprouvante, se fait soit à l'échelle souple, soit directement sur la corde grâce à des appareils auto-bloquants.

Dans tous les cas, l'exercice musculaire est intense et nécessite une bonne musculature.

. Les siphons

Les siphons terminus de nombreuses galeries concernent essentiellement le spéléologue plongeur qui devra s'immerger et progresser dans les galeries noyées à l'aide d'un scaphandre autonome.

Il y aura pour ces spéléologues cumulation du risque propre à la spéléo et du risque propre à la plongée.

Le spéléologue non plongeur pourra à l'occasion franchir en apnée de courtes voûtes mouillantes, mais la déterdition calorifique pourra être importante et il faudra compenser les pertes énergétiques par un apport alimentaire adapté.

En réalité, c'est la succession et la fréquence de tels obstacles dans une cavité qui la rendent plus ou moins difficile, plus ou moins technique, plus ou moins éprouvante physiquement et psychologiquement.

** ** *

.../...

LES SPELEOLOGUES

Issus d'horizons très variés, leurs motivations permettent de les répartir en trois groupes :

. Dans le premier, la progression passe au second plan des motivations. Ces spéléologues viennent chercher sous terre un terrain particulier à l'application et à la recherche d'une connaissance (géologie, hydrologie, biologie, archéologie...).

Le plus souvent leurs incursions sous terre se limitent à des cavités faciles.

. La progression est la motivation la plus importante du deuxième groupe qui se consacre à la visite de cavités déjà connues pour leur intérêt esthétique ou sportif.

Ces spéléologues pourront théoriquement choisir des expéditions en rapport avec leur compétence technique et physique. De plus, la décision de l'arrêt de la progression pour des motifs d'horaire ou de fatigue est psychologiquement facile pour eux.

. Le troisième groupe est celui des "véritables explorateurs" qui se consacre à la découverte et à l'exploration en première de cavités nouvelles ou de prolongements inconnus. C'est le groupe le plus exposé à atteindre ses limites physiques, de par ses motivations et les conditions d'explorations.

Cette classification est bien sûr théorique. En effet, chaque spéléologue peut, suivant les circonstances passer d'une catégorie à l'autre. De plus, il existe toujours le risque de conditions fortuites qui transformeront une petite visite en une expédition épuisante, en effet, un simple retard, une simple chute dans l'eau soumet le spéléologue à l'agression du froid et de l'humidité qui accélère la venue de la fatigue qui retarde la progression ce qui peut entraîner le spéléologue vers un état d'épuisement et d'hypothermie, si celui-ci ne possède pas un niveau physique moyen minimum.

La spéléologie, exceptée pour les grandes explorations ou les séjours prolongés sous terre, n'exige pas une super-condition physique ni une compétence technique de spécialiste.

Chaque spéléologue doit adapter ses niveaux de pratique à ses particularités physiques et physiologiques, l'expérience se chargera d'affiner sa technique et de lui apprendre à utiliser au mieux ses propres capacités lors des explorations.

.../...

En réalité, il n'y a pas de sélection médicale possible, seule la prise de conscience et la responsabilité de chaque spéléologue est en cause, Encore faut-il permettre à chacun de connaître ses possibilités physiques et surtout ses limites à l'effort pour la pratique d'un tel sport. Cela est le rôle du médecin.

On voudrait donc établir à la suite d'un examen médical complet de deux personnes de déterminer les grandes contre-indications à la pratique ** * * * * * ** tout personnel de renseigner le sujet sur son état de santé physique.

- Les investigations plus poussées pourraient être effectuées :
- à la demande personnelle du spéléologue
- à la demande de son médecin pour l'inscription à certaines stages
- pour leur propre état de santé avant l'initiation à certaines spécialités.

Il n'y a pas de contre-indications médicales à la spéléologie.

- Les états respiratoires (asthme ...)
- Les états cardiaques (hypertension ...)
- Les états métaboliques
- Les insuffisances rénales
- Les insuffisances hépatiques
- Les anomalies ligamentaires et articulaires
- La connaissance de maladies graves

Il faut noter que l'asthme et les insuffisances ont été éliminées, puisqu'il ne s'agit en aucun cas des contre-indications à la spéléologie.

Les états à jeter des vaccinations ont été éliminés (tétanos, diphtérie, coqueluche) car le sérum de ces vaccins n'a aucune contre-indication à la spéléologie.

Enfin, lors de l'établissement de ce certificat, il faut tenir compte du fait que la spéléologie est avant tout un sport de loisir et non un sport de compétition.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE LA SPELEOLOGIE

Ce certificat sera établi pour l'admission d'un spéléologue à un club ou pour sa participation à un stage de l'Ecole Française de Spéléologie.

Ce certificat sera établi à la suite d'un examen médical complet devant permettre de déterminer les grandes contre-indications à la pratique du sport en général et devant permettre de renseigner le sujet sur son état de santé physique.

Des investigations plus poussées pourront être effectuées :

- . à la demande personnelle du spéléologue
- . à la demande écrite de l'EFS pour l'inscription à certains stages
- . dans tous les cas où le médecin posera l'indication d'examens complémentaires.

Il n'y a pas de contre-indications propres à la spéléologie, mais certaines devront être discutées :

- . Les états syncopaux (épilepsie ...)
- . Le diabète insulino-dépendant
- . Les états vertigineux
- . Les insuffisances rénales
- . Les cardiopathies
- . Les atteintes ligamentaires et articulaires
- . La convalescence de maladies graves

Il faut noter que l'asthme et les atteintes ORL (rhinites, sinusites) ne sont en aucun cas des contre-indications à la spéléologie.

Une mise à jour des vaccinations est souhaitable (tétanos, polio), ainsi que la détermination du groupe sanguin.

Enfin, lors de l'établissement de ce certificat, il faudra tenir compte de ce que la spéléologie est avant tout un sport de loisir et non un sport de compétition.

** ** * * * * *

BIBLIOGRAPHIE

Dans la liste très sélective qui est fournie, ici, sont rassemblés les livres qui permettent d'en savoir plus sur la spéléologie sans avoir à aborder les publications réservées au spécialiste.

CASTERET (N.) : Ma vie souterraine, Mémoires d'un spéléologue
Flammarion, Paris, 1961.

DRESSLER (B.) et MINVIELLE (P.) : La Spéléo.
Denoël, Paris, 1979

DOBRILLA (J.C.), MARBACH (G.) et PEIGNE (B.) : Techniques
de la Spéléologie Alpine.
G. Marbach, Levallois-Perret 1973

JASINSKI (M.) : Plongées sous la terre
Flammarion, Paris, 1965

QUEFFELEC (C.) : Jusqu'au fond du gouffre
Stock, 1968

SIFFRE (M.) : Expériences hors du temps
Fayard, Paris, 1972

RENAULT (P.) : La formation des cavernes
P.U.F., Paris, 1970.

WALTHAM (A.C.) : Cavernes du monde, (Caves.)
Atlas, Paris, 1976.

** ** * ** * ** * **

MATERIEL SPELEO SECOURS

SAMU 31

Professeur L. LARENG

LISTE TYPE DE MATERIEL MEDICAL CONSTITUANT LA DOTATION
DE PREMIERE URGENCE .-

Matériel conditionné dans des obus en duralumin entrant dans le sac de spéléo (Kit Bag).

A même le container :

- 1 tensiomètre
- 2 compresses chauffantes
- 1 ambu
- 1 spirale à réchauffer les perfusions (il s'adapte parfaitement sur une lampe à acétylène)
- 1 stéthoscope

Une boîte matériel d'intubation

- 1 laryngoscope + matériel classique d'intubation
- 4 sondes (7 à 9) basse pression nasotrachéales
- canules Mayot n° 4 et 5

Une boîte drainages divers

- 2 cathéters longs 30 cm Vygon Ø 1,5
- 2 drains thoraciques de Jo
- 2 valves auto-aspirantes
- 1 uriflax

Une boîte seringues, aiguilles, petit matériel

- 4 seringues 5 cc
- 4 seringues 10 cc
- 2 seringues 20 cc
- aiguilles IV - IM - S/C - pieux
- limes fixées sur le couvercle
- 1 flacon de merfène
- 1 paire de ciseaux à pansements
- 1 pince Kocher
- 2 sachets de 5 compresses stériles
- 2 rouleaux leucoplast 2 cm et 5 cm large
- 1 paquet de grandes compresses stériles
- cathéters : catlons, intraflons
- 2 flacons pour groupage
- 1 garrot

.../...

Deux boîtes drogues diverses : étiquette sur chaque boîte

- composition identique au matériel de montagne pour les drogues

Solutés de remplissage : dans le container

- 4 perfuseurs
- 1 Bina 04 ‰
- 4 plasmions 500 cc
- 2 flex flac glucose 10 % 500 cc
- 1 Riger Lactate

Ajouter

- Flexocrin
- Elastoplast
- Bandes Velpeau
- Seringue 50 cc pour aspiration .-

COMPTES-RENDUS MEDICAUX DE SECOURS REELS ...

Docteur Alain ANDRIEUX

RAPPORT MEDICAL D'INTERVENTION DU SECOURS CONCERNANT
Monsieur DABADIE, au Gouffre du TROU PERDU - cote -80 m
Massif de la PIERRE SAINT MARTIN, commune de SAINTE-
ENGRACE (64)

(voir rapport technique du SS 64 (Ruben Gomez))

NUIT DU 21 au 22 AOUT 1979

- Appel du Docteur ANDRIEUX le 21 août 1979 à 20 h 10 par LARRIBAU
- Arrivée à 21 h 20
Les renseignements pris sont très contradictoires en ce qui concerne l'état de conscience du blessé - les avis convergent néanmoins pour dire :
 - . qu'il existe des fractures de jambe (1 ou 2 ?)
 - . que le blessé a crié à plusieurs reprises
- Les aptitudes spéléologiques du médecin étant très limitées, celui-ci refuse de descendre avec le P.G.M. et décide d'attendre le Conseiller technique.
- 23 h 10 : arrivée du Conseiller technique
Synthèse
- 24 h : arrivée au bord du gouffre
- 0 h 10 : descente
- 0 h 30 : arrivée auprès du blessé
Celui-ci a été transporté de son point de chute à un petit replat situé à 8 m environ. Il est en voie d'installation sur la civière, les deux membres inférieurs équipés d'attelles gonflables.
- malgré une extrême pâleur, et des signes évidents de choc, le blessé semble répondre aux questions. La souffrance est extrême.

.../...

Le pouls est rapide, filant, il n'existe pas de mydriase.

A l'examen, le crâne est indemne ; il existe une douleur exquise à la palpation du rachis lombaire.

Cette région est alors calée délicatement avec une couverture roulée en boule. On enlève les attelles, puis découpe aux ciseaux, la combinaison néoprène, qui entravait la circulation artérielle des deux jambes : pieds froids, absence du pouls pédieux.

Importante hémorragie de sang coagulé.

A l'évidence, il existe :

- à droite : une fracture de Dupuytren ouverte avec important diastasis
 - à gauche : une fracture ouverte du tiers inférieur du tibia, oblique, le fragment supérieur pointant en avant - siège d'une importante hémorragie.
-
- Mise en place d'une perfusion de sérum glucosé à 10 % contenant deux flacons d'Aspégic.
 - Après avoir fait préciser au blessé ses antécédents il est fait une injection SC de une ampoule de morphine
 - 1 h 05 : Attente des sacs 4 et 5 contenant les bandes de plâtre (le conditionnement des sacs médicaux ayant été fait depuis la dernière réunion des 5 et 6 mai 1979).
 - 1 h 20 : Tentative de réduction sommaire - plâtres de fortune avec emploi des 10 bandes (nombre jugé excessif quelques semaines auparavant !...) Mouillage récipient Tupperware - séchage - on entoure de plusieurs bandes Velpeau.
 - 2 h - installation du blessé sur civière
 - 2 h 15 : injection d'une ampoule de **DUCOAT** à la fin de la perfusion
Nette amélioration de l'état de conscience du blessé
Réhydratation orale par potage chaud.
 - 2 h 45 : Remontée de la civière - contrôle médical au passage de la chatière par le Docteur HADJ appelé en renfort
 - 4 h 30 : installation du blessé dans l'antenne du SMUR d'OLORON
 - 6 h : Remontée du Docteur ANDRIEUX .-

** ** * * * * *

.../...

RAPPORT MEDICAL D'INTERVENTION DU SECOURS CONCERNANT
Monsieur GUILLEN Pedro au Gouffre d'APHANICE -
Cote -80 m - Massifs des ARBAILLES 64130

(en complément : voir rapport technique du SS 64
Ruben Gomez)

NUIT DU 14 au 15 AVRIL 1979

- Contact du Docteur ANDRIEUX par le Conseiller Technique le 14 avril 1979 à 21 h 15 "Accident au Gouffre Aphanice, situé non loin de mon domicile".
- Arrivée sur les lieux à 21 h 55
Prise de renseignements auprès des spéléos présents et en particulier des témoins du drame (expédition TOULON)

Synthèse : jeune homme obnubilé ou en semi coma, sans blessure apparente - aurait séjourné un long moment sous cascade - ne répond pas aux questions -
- 22 h 40 : le Conseiller Technique 64 décide mon intervention auprès du blessé
- 22 h 50 : arrivée auprès du blessé
Constatations : jeune homme allongé sur tapis de corde, à l'abri de la cascade, recouvert de plusieurs couvertures de survie - A l'examen direct : pâle, froid, obnubilé, répondant mal aux questions posées - vasoconstriction cutanée, mydriase bilatérale - respiration lente - aucune blessure apparente - pas de prise de tension - bradycardie à 42 p/mn - abdomen souple aréflexie, cutanés plantaires en flexion
- grâce à Fontespris, parlant espagnol, on avait appris à la surface que le malade avait présenté une hépatite virale deux mois auparavant - le diagnostic d'hypothermie/hypoglycémie est posé.
- il est fait deux injections IV lentes à 5 mn d'intervalle d'une ampoule de **Glucose** à 30 %
+ 2 injections S.C. d'Heptamyl

A noter qu'il nous était impossible de placer une perfusion, le matériel SS n'ayant pas encore été conditionné - nous ne possédions que quelques drogues personnelles d'urgences placées dans un kit-bag.

.../...

- légère amélioration de la conscience
- préparation du blessé dans la civière
- prise par la victime à l'aide d'un tuyau plastique d'un potage chaud
- fin de la catatonie - le malade remuant les bras
- passage du rythme cardiaque à 58/mn
- en raison de l'absence de difficultés de sortie, le blessé installé sur la civière enveloppé, imperméabilisé, réconforté est remonté à 24 h
- On s'occupe alors du membre de l'expédition toulonnaise resté au chevet de la victime : 1 injection de *Glucose* 30 % - remontée par ses propres moyens
- médecin remonté au treuil à 3 h

A noter que la victime après 48 h d'observation à la Clinique de SAINT JEAN PIED DE PORT a pu rejoindre son domicile à BARCELONE .-

** ** * * * * *

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT
EN MILIEU SOUTERRAIN :

SAMU 31 - CHU Purpan -
31052 TOULOUSE CEDEX
Professeur LARENG
Docteur BATUT
Docteur HEIB
Docteur PINTA

La Spéléologie est de plus en plus pratiquée de nos jours d'où un accroissement des risques d'accidents. Malgré l'importance croissante de la médicalisation, il apparaît à tous qu'une formation secouriste des spéléologues s'avère utile compte tenu des délais nécessaires à l'arrivée d'une équipe médicalisée auprès du blessé.

Toute action secouriste repose sur la triologie :

- protéger
- alerter
- secourir.

Nous allons les étudier en les adaptant au milieu souterrain.

I - PROTEGER :

C'est d'abord protéger le spéléologue de l'accident d'où la notion de prévention.

Elle passe par :

- . un équipement adapté, (couverture de survie dans le cas-que)
- . une condition physique parfaite,
- . une bonne technique individuelle,
- . une diététique appropriée,
- . ne pas oublier de prévenir quelqu'un de l'exploration entreprise, du cheminement et de l'heure de sortie prévue,
- . surveillance météo surtout pour l'exploration de réseaux actifs.

.../...

C'est ensuite lors d'un accident protéger le blessé en le soustrayant aux facteurs pouvant aggraver son état et lui assurer un confort optima dans l'attente du secours médical.

Pour ce faire, il faudra le déplacer (seules exceptions à la règle plus générale de ne jamais mobiliser un blessé) :

- blessé au bas d'un puits (chutes de pierres, puits arrosé)
- blessé dans l'eau (noyade, hypothermie)
- blessé pris dans un éboulement (trémie, etc...)

Toujours penser à mobiliser un blessé en traction.

Dans un accident de spéléologie, toujours penser à réchauffer le blessé. En effet, sous nos latitudes la température moyenne des grottes est basse et si elle est supportable pour un sujet bien équipé se livrant à une activité physique intense, il n'en est pas de même pour un blessé ou un malade qui s'il n'est pas réchauffé de façon efficace risque de mourir dans des délais très brefs.

Il faut donc impérativement réchauffer tout spéléologue blessé, malade ou épuisé.

- s'il s'agit d'un malade ou d'un spéléo épuisé, le soustraire au froid :
 - . en enlevant ses vêtements humides,
 - . en l'habillant dans des vêtements en duvet,
 - . en l'enroulant dans une couverture de survie.
- s'il s'agit d'un blessé qu'il ne faut pas mobiliser, le recouvrir de vêtements, en duvet, et employer la technique de la tortue : faite une véritable "tente" au dessus du blessé avec les couvertures de survie, et mettre sous celles-ci une lampe à acétylène, voire un réchaud à méta ou de type camping gaz en prenant les précautions nécessaires, très vite la température ambiante s'élève réalisant un véritable sac thermique autour du blessé.
- dans tous les cas on peut mettre entre les jambes et contre les flancs du spéléo en détresse des lampes a acétylène ou des compresses chaudes en prenant soin de ne jamais les mettre en contact direct avec la peau sous peine de brûlures parfois graves.

2 - ALERTER :

Qui Prévenir ?

- . La brigade de gendarmerie la plus proche
- . le SAMU
- . le Conseiller Technique Régional si on sait où le joindre

.../...

Comment ?

- . donner avec précision le lieu et l'heure de l'accident
- . donner les circonstances de l'accident (chute de pierre, rupture d'agrès, accident de plongée, etc...)
- . donner le nombre de blessé et la gravité de leurs blessures.

3 - SECOURIR :

Il faut :

- . examiner le blessé
- . lui apporter les premiers soins

Toujours

- . garder son calme
- . rassurer le blessé

A - Comment examiner une victime

L'examen doit toujours être fait avec douceur, sans entraîner de douleur et sans déplacer la victime (exception faite des cas précités).

Il doit être renouvelé pour noter l'évolution.

Il faut répondre à 4 questions :

- . Le malade est-il conscient ? oui ou non
- . est-ce que le blessé respire ? oui ou non
- . est-ce que le blessé saigne ou présente des plaies ?
- . est-ce que le malade a des fractures ?

a/ est-ce que le malade est conscient ?

Pour répondre il faut interroger le malade en lui parlant fort et distinctement, en lui posant des questions simples.

- . il répond : il est conscient
- . Il ne répond pas : il est inconscient

Cet état s'appelle coma et peut durer de quelques minutes à plusieurs jours.

.../...

- b/ Est-ce que le malade respire ?
Est-ce qu'il a des mouvements respiratoires au niveau de la poitrine ?
- . on le voit
 - . on peut mettre ses mains sur la poitrine du blessé pour voir si elle se soulève.

Deux possibilités :

- . les mouvements existent : le blessé respire
- . les mouvements sont absents : le blessé ne respire pas.

- c/ Est-ce que le blessé saigne ou a des plaies ?
On doit les rechercher sans bouger le malade ce qui est particulièrement difficile du fait de l'équipement du spéléologue moderne (baudrier, texair, combinaison Rhovyl, voire combinaison néoprène).

N.B. Porter une attention particulière au blessé coincé dans une étroiture, surveiller sa respiration fréquemment, éviter les glissements car il y a risque majeur d'étouffement par compression thoracique.

- d/ Le blessé a-t-il des fractures ?

Deux possibilités :

- . Le blessé est conscient, il dit qu'il a mal et on voit une déformation à l'endroit où le blessé dit avoir mal: il faut immobiliser. Une fois de plus, il faut se méfier de l'équipement pouvant masquer des déplacements même importants. Ne pas oublier qu'il existe des fractures non déplacées que des gestes intempestifs peuvent aggraver.

Si le malade souffre de la colonne vertébrale, il est interdit de le déplacer : toute mobilisation peut entraîner des complications graves et peut même tuer le malade.

- . Le blessé est inconscient : il est interdit de le mobiliser, car il doit être considéré comme porteur d'une fracture de la colonne vertébrale.

.../...

e/ Enfin, le blessé a-t-il un pouls ?

Le prendre au poignet ou de préférence au niveau de l'aîne (artère fémorale), ou au niveau du cou (carotide).

B - Secourir le blessé

a/ la victime est inconsciente, elle respire

Il faut l'allonger sur le côté (position latérale de sécurité). Cette manoeuvre doit se faire en traction, le malade est mobilisé en bloc.

b/ la victime est inconsciente et ne respire pas

Il faut pratiquer le bouche-à-bouche (cf manuels de secourisme).

c/ Que faire devant un blessé présentant des fractures ?

La fracture n'est pas un danger vital pour le blessé tant qu'on ne le déplace pas.

Une fracture peut, par contre, entraîner des lésions très graves ou même la mort du blessé lorsqu'on le déplace.

Donc, ne jamais déplacer un blessé sauf s'il court un danger immédiat : chutes de pierres, noyade s'il est en eau profonde où si une crue survient, hypothermie majeure si puits arrosé ou blessé dans l'eau.

Dans les cas exceptionnels où il faut déplacer un blessé, comment doit-on procéder :

- . il faut immobiliser la fracture
- . Deux sauveteurs doivent s'occuper du membre blessé, un doit soutenir l'articulation au-dessus de la fracture, l'autre doit soutenir l'articulation au-dessous de la fracture, les deux doivent exercer une légère traction dans l'axe du membre, sans rotation.

ATTENTION : cas des fractures de la colonne vertébrale : on ne peut jamais être sûr qu'un blessé n'a pas de fracture au niveau de la colonne vertébrale.

DONC, surtout si le choc a été important, il faut toujours dans ce cas suspecter une fracture de la colonne vertébrale et proscrire toute mobilisation (sauf cas précités).

d/ Que faire devant une brûlure ?

Éventualité rare sous terre mais toujours possible (lampe à acétylène, camping gaz lors d'un bivouac sous terrain).

- . Ne pas essayer de désinfecter soi-même avec des antiseptiques.

.../...

- ne pas recouvrir de corps gras
- recouvrir la brûlure avec des compresses stériles ou au moins des linges très propres et bander la zone brûlée.

e/ Devant toute plaie même minime, craindre le Tétanos chez un sujet non vacciné (1 mort par jour en France).

Le seul moyen efficace de protection est une vaccination bien faite. Vaccin + rappels.

Le vaccin : 2 à 3 injections à 1 mois d'intervalle (selon la marque du vaccin)

Les rappels : 1er rappel 1 an après le vaccin puis rappel tous les 5 ans.

** ** * * * * *

COMMISSION MEDICALE

LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES A L'EFFORT EN
SPELEOLOGIE :

· APPLICATIONS PRATIQUES A LA DIETETIQUE
ET A LA CONDUITE D'UNE EXPLORATION .-

- PLAN :
- Introduction
 - Modifications biologiques au cours d'une exploration
 - 1/ le carburant et le moteur
 - 2/ la déshydratation
 - 3/ l'hypothermie
 - Aspects pratiques de l'alimentation en milieu souterrain

* * * * *

1/ - INTRODUCTION

Le but de cette plaquette est d'essayer de faire comprendre aux spéléologues ce qui se passe dans leur organisme lors d'une exploration, la façon d'utiliser au mieux leurs ressources.

2/ - MODIFICATIONS BIOLOGIQUES A L'EFFORT

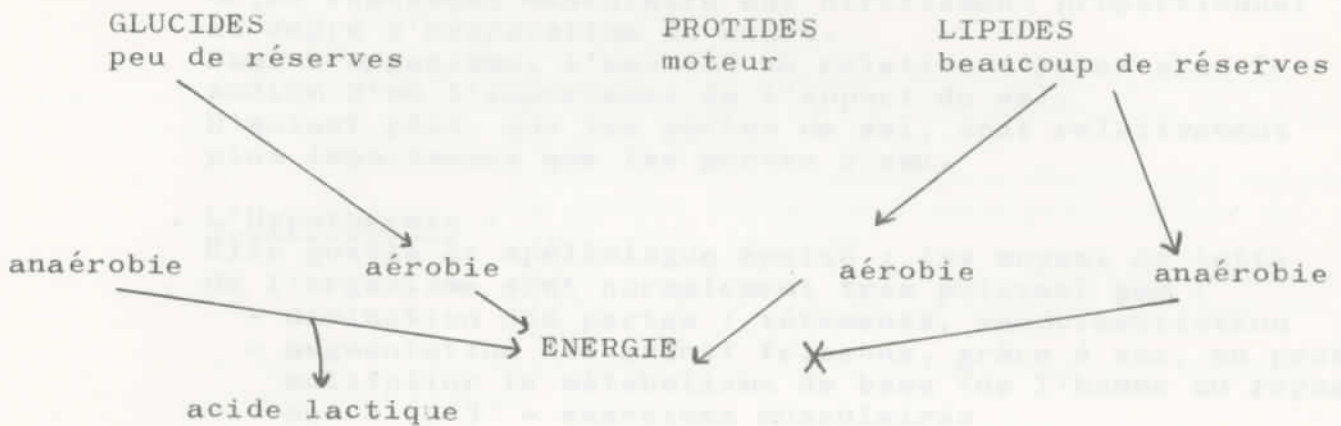
2.1 - Le carburant et le moteur

L'organisme dispose de trois groupes de carburants :

- protides : constituants essentiels des muscles, apportés par les viandes, les oeufs, le fromage, le lait.
- lipides ou graisses : Forme de stockage de l'énergie ; apportés par l'alimentation ; source de réserves (70 à 120 000 cal. en moyenne).
N.B. : au repos un individu consomme de 1500 à 2000 cal./24 heures
- glucides : constituent l'énergie la plus rapidement disponible certains étant utilisés immédiatement après l'ingestion. d'autres nécessitant une étape métabolique supplémentaire. Les glucides sont stockés sous forme de glycogène dans le foie et dans les muscles. Leurs réserves sont très limitées 300 à 600 cal. suivant les individus.

.../...

- utilisation des différents types de carburants :



Au cours d'une exploration en spéléologie, il faut pouvoir travailler le plus possible en régime aérobie, c'est-à-dire avec une respiration qui apporte relativement assez d'oxygène aux cellules, de façon à pouvoir utiliser les réserves.

- Comment savoir le régime auquel se trouve l'organisme ?

- Aérobic : Exercice modéré
Exemple : marche dans une grande galerie
Au cours d'un tel exercice :
 - possibilité de tenir une conversation suivie
 - le coeur travaille en endurance (fréquence entre 120 et 140)
- Anaérobic : Exercice violent
Exemple : passages d'étroitures
Au cours d'un tel exercice l'apport d'oxygène aux cellules est relativement insuffisant ; on observe un phénomène d'essoufflement
 - le coeur travaille en résistance (fréquence supérieure à 150)

Un travail anaérobic conduit rapidement à l'arrêt de l'exercice

- La déshydratation :
Lors de l'effort apparaît une déshydratation :
 - par la respiration
 - par la transpiration -très importante en spéléo-

.../...

Or, le rendement musculaire est directement proportionnel au degré d'hydratation du sujet.

Dans l'organisme, l'eau est en relation directe avec le sodium d'où l'importance de l'apport de sel.

D'autant plus, que les pertes de sel, sont relativement plus importantes que les pertes d'eau.

• L'Hypothermie :

Elle guette le spéléologue épuisé ; les moyens de lutte de l'organisme sont normalement très puissants par :

- diminution des pertes : vêtements, vasoconstriction
- augmentation des gains : frissons, grâce à eux, on peut multiplier le métabolisme de base (de l'homme au repos) par 2 ou 3 - exercices musculaires

Les pertes sont beaucoup plus importantes (multipliées par 10) lorsque :

- l'ambiance est humide
- l'on porte des vêtements humides

(conditions que l'on retrouve sous terre).

Les signes de l'hypothermie (toujours associée à l'épuisement) :

- premier stade : sensation de froid, tremblements, attitude inerte
- deuxième stade : fatigue, pâleur, inertie, léthargie, crampes
- troisième stade : comportements inhabituels, manque de coordination, inaptitude à la marche
- quatrième stade : coma
- cinquième stade : mort

Pendant les deux premiers stades, un exercice musculaire modéré permet un retour à la normale..

3/ ASPECTS PRATIQUES DE L'ALIMENTATION EN MILIEU SOUTERRAIN

- Importance des besoins

- Calories : 4000 à 6000 cal/jour ; une partie étant apportée par les réserves
- leur répartition :
 - peu de lipides - leur digestion est lente ainsi que les circuits métaboliques avant leur utilisation
 - peu de protides - (sauf au bivouac)....(on remplace les pièces usées au garage)
 - grande importance des glucides
- Savoir respecter ses habitudes alimentaires - l'absorption de nourriture doit être l'occasion de récupérer un peu.
- l'Eau : apport important, associés à du sel.

.../...

- règles pratiques

- . Bien manger la veille au soir
- . Le matin : petit déjeuner solide
- . sous terre : respecter le rythme des repas, envisager de bivouaquer en cas d'exploration supérieure à 25 heures
Absorber de la nourriture chaude (il existe de petits réchauds à méta prenant peu de place dans le kit)
Avant un effort violent : glucides immédiatement assimilables (se méfier du coup de pompe qui suit)
- . Après l'exploration : bon repas permettant une récupération rapide.

- Exemple

Exploration de 20 heures, départ dans le trou à 8 heures) :

- . 12 ou 13 h : potage chaud
salade de riz
nougat
café
- . 17 h : fruits secs
4 quarts
potage ou café
- . 23 h : purée mousseline ou pâtes
fromage
chocolat
café ou potage
- . 4 h : sortie du trou (en réserve, quelques fruits secs ..)

La nourriture apportée sous terre doit être conditionnée soit dans des boîtes ou sacs étanches, ou mieux dans des sacs en plastique soudés.

- Remarques

A propos de quelques aliments

- . le pain : élément encombrant et relativement peu énergétique
- . le casse-croûte ou le petit déjeuner peuvent être remplacés par un mélange de blédines, ovomaltine, corn flakes dans un peu d'eau chaude
- . les produits prêts pour la montagne (déshydratés, emballés sous vide) prévus pour 2 personnes... absorbés sans peine par une seule ... sont onéreux.
- . les galettes : aliment du sportif ont le même inconvénient
- . les boissons genre XL1 sont équilibrées en glucides et sel - le XL1 en particulier étant très bon chaud
- . un plat peu onéreux et facile à préparer, des pâtes à potage, assaisonnées avec un bouillon cube.

.../...

4/ CONCLUSION DES RECOMMANDATIONS MEDICALES

Une meilleure connaissance de la physiologie de l'effort devrait permettre aux spéléologues une utilisation maximale de leurs possibilités et d'éviter liés à l'épuisement.

Ensemble n° 77-300 du 25 mai 1977 relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives.

** * * * *

LE PREMIER MINISTRE

Vu le rapport du ministre de l'éducation, du ministère de la santé et de la sécurité sociale, du secrétaire d'Etat aux universités et au sport et d'après les propositions de la commission d'experts.

Sur la loi n° 75-300 du 25 mai 1977 relative au développement de l'Education Nationale et du Sport, notamment aux articles 2 et 11.

Sur les articles 1.191, 1.192 et 1.193 de code de la santé publique.

Vu la loi n° 85-112 du 1er juin 1985 relative à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives.

Sur la loi n° 70-1000 du 22 décembre 1970 relative aux pouvoirs d'investigation et d'intervention de la médecine préventive.

LE CONSEIL D'ETAT (section de l'éducation) entendu.

A R T I C L E

Le médecin agréé est obligatoirement présent pour la pratique des activités physiques et sportives, telles qu'elles sont définies aux articles 2 et 3 de la loi relative du 22 décembre 1970, et pour la participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations et les groupements sportifs conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi 1977.

STRUCTURATION DES COMMISSIONS MEDICALES

TEXTES DE LOI

Décret n° 77-554 du 27 mai 1977 relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives .-

LE PREMIER MINISTRE,

SUR le rapport du ministre de l'éducation, du ministre de la santé et de la sécurité sociale, du secrétaire d'Etat aux universités et du secrétaire d'Etat à la jeunesse et aux sports,

VU la loi n° 75-988 du 29 octobre 1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport, notamment ses articles 2 et 13,

VU les articles L.191, L.193 et L.194 du code de la santé publique,

VU la loi n° 65-412 du 1er juin 1965 tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives,

VU le décret n° 70-1268 du 23 décembre 1970 relatif aux services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive,

LE CONSEIL D'ETAT (section de l'Intérieur) entendu,

/// E C R E T E

=====

Article 1er .-

Un contrôle médical préalable est obligatoire pour la pratique des activités physiques et sportives, telles qu'elles sont définies aux articles 2 et 3 de la loi susvisée du 29 octobre 1975, et pour la participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations et les groupements sportifs conformément aux dispositions de l'article 13 de ladite loi.

.../...

TITRE I

Le Contrôle médical en matière d'éducation physique et sportive

Article 2 .-

Le contrôle médical s'exerce sur les élèves des établissements d'enseignement du premier et du second degré, publics ou privés, et les élèves et étudiants adhérant aux associations habilitées à participer à l'organisation de la pratique et de l'initiation sportive. Il a pour objet :

de dépister les affections contre-indiquant la pratique de l'éducation physique et sportive ;

d'assurer l'orientation sportive en fonction des prédispositions et des possibilités ;

de classer les intéressés dans un des groupes d'aptitude définis par arrêté conjoint du ministre de la santé et de la sécurité sociale et du ministre chargé des sports.

Article 3 .-

Les conclusions du contrôle médical, non soumises au secret, font l'objet d'extraits portés sur un livret sportif, qui peut être communiqué à toute personne participant à l'éducation de l'intéressé.

Lors le compte rendu de l'examen médical est fait par un médecin de santé scolaire, il est en outre inscrit dans le dossier médical de l'élève.

Article 4 .-

Sont spécialement qualifiés pour effectuer le contrôle médical des activités physiques et sportives les médecins de santé scolaire qui procèdent dans les conditions prévues à l'article L 194 susvisé du code de la santé publique et les médecins titulaires du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport. Pour les étudiants, ce contrôle peut être effectué par les médecins des services de médecine préventive universitaire lorsque ces services disposent de moyens spécifiques à cette fin conformément aux dispositions du décret susvisé du 23 décembre 1970.

Article 5 .-

Tout titulaire du titre de médecin de santé scolaire ou professionnel habilité d'une spécialité particulière, inscrit par les services compétents du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport ou les services agréés par la Fédération française pour le sport étudiant ou les services des services médicaux relatifs au sport des sports de haut niveau ou autres sports.

TITRE II

Le Contrôle médical préalable à la compétition sportive

Article 5 .-

Le certificat médical prévu à l'alinéa 1 de l'article 13 de la loi susvisée du 29 octobre 1975, préalable aux compétitions sportives, doit être renouvelé annuellement.

Mention de ce certificat doit être faite sur la licence.

Article 6 .-

Le contrôle médical préalable aux compétitions sportives a pour objet l'exploration des aptitudes et le dépistage des affections contre indiquant l'activité sportive. Il est assorti de l'inscription de l'intéressé dans un des groupes d'aptitude mentionnés à l'article 2 ci-dessus.

Article 7 .-

Le certificat médical préalable aux compétitions sportives est établi soit par un médecin titulaire du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport, soit par un médecin agréé par la fédération sportive compétente pour le sport pratiqué.

Ce contrôle médical est exclusif de tous soins médicaux, sauf les cas d'urgence.

Article 8 .-

Un règlement établi par chaque fédération sportive et approuvé par le ministre de la santé et de la sécurité sociale et le ministre chargé des sports détermine la nature de l'examen médical aux compétitions, les catégories d'âge des concurrents et les conditions dans lesquelles ils peuvent être admis à participer aux compétitions relevant d'une catégorie d'âge supérieure.

TITRE III

La surveillance médicale des athlètes de haut niveau

Article 9 .-

Tout athlète de haut niveau, amateur ou professionnel, bénéficie d'une surveillance médicale particulière, exercée par les médecins titulaires du certificat d'études spéciales de biologie et de médecine du sport ou les médecins agréés par la fédération compétente pour le sport pratiqué ou les médecins des services médicaux relevant du ministre chargé des sports ou ayant reçu son agrément.

.../...

Les fédérations sportives assurent l'organisation de cette surveillance. Elles veillent à la santé physique et morale de l'athlète et prennent, à cet effet, toutes les décisions nécessaires, notamment en ce qui concerne la nature des entraînements, les modes de sélection et le calendrier des épreuves.

En ce qui concerne les élèves ou les étudiants inscrits dans les sections des établissements où les études sont spécialement aménagées en vue de la pratique des sports, le chef d'établissement ou le président de l'université veille à leur santé physique et morale et prend, à cette fin, toutes les dispositions nécessaires, notamment en ce qui concerne l'organisation du sport et des études.

Article 10 .-

Les fédérations sportives et les groupements sportifs prennent toutes les mesures propres à empêcher l'utilisation par les athlètes, en vue ou au cours de la compétition des substances mentionnées à l'article 1 de la loi susvisée du 1er juin 1965. Ils procèdent régulièrement au contrôle relatifs à l'application de cette loi et infligent, en conséquence, les sanctions obligatoirement prévues à cette fin dans leurs règlements.

Article 11 .-

L'inobservation par les fédérations sportives et les groupements sportifs des dispositions du présent décret peut entraîner le retrait de l'agrément ou de l'habilitation conformément à l'article 13 de la loi susvisée du 29 octobre 1975.

Article 12 .-

Sont abrogés le décret n° 53-240 du 24 mars 1953, portant organisation du contrôle médical dans les groupements sportifs et de jeunesse et toutes autres dispositions contraires à celles du présent décret.

Article 13 .-

Le ministre de l'éducation, le ministre de la santé et de la sécurité sociale, le secrétaire d'état aux universités et le secrétaire d'état à la jeunesse et aux sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à PARIS, le 27 mai 1977

Par le Premier Ministre : Raymond BARRE

Le Ministre de l'Education,
René HABY

Le Ministre de la santé et de la
Sécurité Sociale,
Simone VEIL

Le Secrétaire d'Etat aux Universités,
Alice SAUNIER-SEITE

Le Secrétaire d'Etat à
la Jeunesse et aux Sports,
Jean-Pierre SOISSON

II O N C L U S I O N

La rencontre médicale des 5 et 6 MAI 1979 a permis aux médecins spéléologues, de jeter des bases de travail sur ce qui était le plus urgent à réaliser ou à perfectionner : LA MEDICALISATION DES SECOURS.

Cette deuxième rencontre a surtout été axée sur la prévention, et différents topos ont vu le jour, destinés à l'Ecole Française de Spéléologie et à Jeunesse et Sports.

Des comptes-rendus de secours réels de l'été, ont permis d'échanger des idées sur la façon d'agir sur le terrain.

Cette rencontre a permis aussi de structurer la Commission Médicale.

Le besoin de se rencontrer périodiquement se fait sentir : PROCHAINE REUNION PREVUE DANS LES CAUSSES LES 29/30 MARS 1980.

France GUILLAUME .-

RENCONTRE
MEDICALISATION
DES
SECOURS

PREMIERE REUNION DE LA COMMISSION MEDICALE 1979

Dans ce mot de Pierre RIAS premier Directeur du SSF :

Voilà pourquoi la COMED existe

**RENCONTRE
MEDICALISATION
DES
SECOURS**

19/20/21 OCTOBRE 1979

ARBAS - HAUTE-GARONNE

En spéléologie, il y avait le monde des artificiers, des photographes, des plongeurs ... Nous pouvons y ajouter maintenant celui des toubibs, pour le plus grand bien de nous tous, spéléos, accidentés en puissance.

Cette équipe réunie à ARBAS, en salle tout d'abord, puis sur le terrain où tout s'arrange, tout se lie, cette équipe de toubibs, j'y ai senti une envie de travailler ensemble pour avoir plus de compétence dans ce domaine bien particulier qu'est celui de la médicalisation du sauvetage en grotte.

Les échanges, les informations, trouvés pendant ces deux jours contribueront à faire reculer un peu plus les portes de la mort. L'efficacité de cette technique sensibilise les conseillers techniques qui font et feront de plus en plus appel à ces toubibs "bien de chez nous".

En effet, à une certaine époque, faute de médecin opérationnel, les sauvetages se faisaient au petit bonheur la chance ; le diagnostic était souvent fait par le spéléosauveteur, et de la chance, il fallait que le blessé en possède pas mal : de citer untel qui est sorti avec une fracture de la colonne, par ses propres moyens, poussé, tiré par les autres ; ou tel autre, mort parce qu'il n'y avait personne pour le suivre alors qu'il avait une simple fracture du fémur.

Cela ne doit plus se produire, la médicalisation doit être déclenchée pratiquement à chaque sauvetage, car il vaut mieux déranger l'équipe médicale pour rien, de plus les services ne peuvent être structurés et être maintenus que s'il y est fait appel, alors il faut faire fonctionner la structure car l'assistance de l'équipe médicale n'est pas un luxe.

Nous étions au bord du gouffre ... avec cette nouvelle équipe, nous avons fait un grand pas en avant mais, avec quelle sérénité

Pierre RIAS
Directeur du Secours
Spéléo Français .-