

Fédération Française d'Etudes et de Sports Sous Marins
Commission Nationale de TIR SUR CIBLE SUBAQUATIQUE



R.I.F.A.T.

Réactions et Interventions Face aux Accidents
Subaquatiques
Spécialité Tir sur cible subaquatique

Généralités	p 3
Contenu	p 9
Capacité 1	p 10
Capacité 2	p 11
Capacité 3	p 14
Capacité 4	p 15
Capacité 5	p 16
Capacité 6	p 20
Capacité 7	p 24
Annexe RIFA	p 26
Autorisation préalable de délivrance de compétence	p 27

R.I.F.A.T.

Généralités

REACTIONS ET INTERVENTIONS FACE AUX ACCIDENTS SUBAQUATIQUES

Spécialité : TIR SUR CIBLE SUBAQUATIQUE

PRELIMINAIRE

La conception et la mise en place de la compétence « Réactions et Interventions face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Tir sur Cible Subaquatique » relève de la Commission Nationale Tir sur cible subaquatique.

La formation conduisant à la délivrance de cette compétence a pour objet l'acquisition des savoirs et savoir-faire nécessaires à la bonne exécution des gestes destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime d'accident de tir sur cible subaquatique avant sa prise en charge par les services de secours.

1 - Contenus de formation

Les contenus de formation sont décrits dans un tableau joint en annexe, et sont déclinés suivant 7 capacités.

2 - Conditions de candidature

Être titulaire de la licence fédérale en cours de validité.

L'âge minimum requis est de 16 ans. Les candidats de moins de 18 ans doivent présenter une autorisation écrite du représentant légal.

3 - Organisation générale de la formation

Les acquis peuvent être validés en une ou plusieurs séances.

En ce qui concerne les capacités numérotées 4, 5 et 6, le volume horaire global de formation alloué doit être au minimum de 8 heures.

Cette formation, essentiellement pratique, est effectuée à partir de démonstrations, de l'apprentissage des gestes et de mises en situations d'accidents simulés.

4 - Validation et délivrance de la compétence RIFA Tir sur Cible

a) Les capacités 1, 2, et 3 de la compétence RIFA Tir sur Cible sont enseignées, attestées et validées par au minimum un moniteur EF1 ou BEES1 licencié à la FFESSM.

b) Les capacités 5 et 6 de la compétence RIFA Tir sur Cible sont enseignées, attestées et validées par l'une des personnes suivantes :

- Un enseignant au minimum initiateur (toutes disciplines) et titulaire du PSC1 (ou diplôme équivalent) et de la compétence ANTEOR.
- Un moniteur national de premiers secours ou moniteur SST licenciés à la FFESSM, titulaires de la compétence ANTEOR.
- Un médecin fédéral.

c) Les capacités 4 et 7 de la compétence RIFA Tir sur Cible sont enseignées, attestées et validées indistinctement par l'un ou l'autre des évaluateurs susnommés (paragraphe a et b).

d) L'acquisition de la compétence RIFA Tir sur Cible subaquatique est matérialisée par une carte plastique. L'enregistrement se fait sous la responsabilité du président de la structure organisatrice, sur son interface dédiée du site des brevets et certifications. La carte est envoyée directement au récipiendaire. Elle est facturée, au tarif en vigueur, par le siège national lorsque l'enregistrement a été fait au niveau des ligues ou des comités départementaux, et par le comité régional ou interrégional lorsque l'enregistrement a été fait au niveau des commissions régionales ou des clubs.

La numérotation de la certification RIFA Tir sur cible subaquatique est gérée par le siège national. Le numéro est porté sur la carte RIFA Tir sur cible subaquatique.

5 - Exigibilité

Le tableau ci-dessous indique les conditions d'exigibilité de la compétence RIFA Spécialité Tir sur Cible Subaquatique pour se présenter aux différents brevets fédéraux de Tir sur cible.

Les conditions spécifiques sont fixées et précisées dans les conditions d'inscription, dûment décrites dans le manuel de formation technique.

NIVEAU DE TIR SUR CIBLE SUBAQUATIQUE	EXIGIBILITÉ
COMPETITEUR	FACULTATIF
JUGE	FACULTATIF
ARBITRE REGIONAL	FACULTATIF
ARBITRE NATIONAL	FACULTATIF
INITIATEUR	OBLIGATOIRE
ENTRAINEUR FÉDÉRAL 1°	OBLIGATOIRE
ENTRAINEUR FÉDÉRAL 2°	OBLIGATOIRE

6 - Maintien de Compétence

Il appartient au pratiquant de maintenir son niveau de compétence en continuant une auto formation, (lecture régulière des référentiels de formation), tout en mettant en pratique ses savoirs sur le terrain, pour obtenir une certaine expérience. En effet, la formation initiale reçue doit être entretenue et exercée.

Ainsi, la FFESSM conseille à tous les titulaires de la compétence RIFA Tir sur Cible subaquatique de maintenir opérationnel leur savoir-faire aussi bien sur l'utilisation et l'entretien du matériel que sur la pratique des gestes essentiels afin de pouvoir assurer efficacement la sécurité de tous.

A ce titre, une réactualisation des connaissances devrait être effectuée aussi souvent que nécessaire.

7 - Charte de qualité

7-1 Equipe d'animation

Les conditions usuelles de délivrance de la compétence RIFA Tir sur Cible subaquatique relèvent de l'échelon club. Cependant les ligues, les comités départementaux et les Commissions Régionales peuvent s'entourer d'une équipe d'animation, en vue de la formation puis de la délivrance de la compétence RIFA Tir sur Cible subaquatique.

Cette équipe doit privilégier les compétences suivantes :

- Compétences pointues dans le domaine du secourisme,
- Compétences pédagogiques adaptées.
- Expérience de terrain : formateur de secouristes, moniteur, médecin fédéral, etc....

7-2 Rappel concernant la délivrance des diplômes de la sécurité civile

La FFESSM est habilitée à délivrer le PSC1 sous certaines conditions, via un agrément mis en place avec la Préfecture de chaque département (arrêté du 4 novembre 2008 dans le fascicule des règlements).

Le développement des agréments départementaux apporte un enrichissement indiscutable dans la formation aux premiers secours (obtention du PSC1 en préalable au RIFA).

8 - Abréviations

AFPCPSAM	Attestation de Formation Complémentaire aux Premiers Secours Avec Matériel. (n'existe plus depuis le 14/02/2007).
AFPS	Attestation de Formation aux Premiers Secours. (n'existe plus depuis le 01/08/2007)
ANTEOR	Animer les Techniques d'Enseignement de l'Oxygénothérapie – Ranimation.
BNPS	Brevet National de Premiers Secours. (examen organisé par la Sécurité Civile après l'obtention de l'AFPS en remplacement du BNS, n'est plus délivré aujourd'hui).
BNS	Brevet National de Secourisme. (existait avant la mise en place de l'AFPS, n'est plus délivré depuis).
CFAPSE	Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Équipe. (n'existe plus depuis le 14/03/2007).
CFPS	Certificat fédéral de premiers secours. Ce diplôme n'est plus délivré depuis le 22/09/2001.
PSC 1	Prévention et Secours Civique de Niveau 1 (remplace l'AFPS depuis le 01/08/2007)
PSE 1	Premiers Secours en Equipe Niveau 1 (remplace l'AFPCPSAM depuis le 14/02/2007).
RANIMATION	Mention Ranimation du BNS. (a été remplacée par le CFAPSE puis l'AFPCPSAM).

RIFA Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Générique, désigne les 6 RIFA énoncés ci-dessous.

RIFA Plongée : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Plongée Subaquatique.

RIFA Apnée : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Apnée.

RIFA Nage en eau vive : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Nage en Eau Vive.

RIFA Tir sur cible : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Tir sur Cible Subaquatique.

RIFA Nage avec palmes : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Nage Avec Palmes.

RIFA Hockey subaquatique : Réactions et Interventions Face aux Accidents Subaquatiques – Spécialité Hockey Subaquatique.

SST Sauveteur Secouriste du travail.

9 – Equivalences entre diplômes

Diplômes admis en équivalence au PSC1 : AFPS, BNS, BNPS, SST.

En raison de la spécificité de chaque RIFA, il n'existe aucune équivalence avec des niveaux de secouristes Sécurité Civile ou d'autres organismes.

Les médecins et les infirmiers anesthésistes licenciés à la FFESSM ont par équivalence les capacités 4, 5, 6 constitutives de la compétence RIFA. Ils doivent acquérir les capacités 1, 2, 3, 7.

Les titulaires du PSE1 (ou diplôme équivalent) délivré par la Sécurité Civile, Ministère de l'Intérieur, et licenciés à la FFESSM, ont par équivalence les capacités 4, 5, 6 constitutives de chaque compétence RIFA. Ils doivent acquérir les capacités 1, 2, 3, 7.

Le CFPS (certificat fédéral de premiers secours délivré antérieurement au 22/09/2001) ne donne aucune équivalence.

Les capacités 4, 5, 6 et 7 constituent un tronc commun des compétences du RIFA. Il y a donc une totale équivalence pour ces 4 capacités à travers ces différentes compétences (à titre d'exemple, un licencié titulaire du RIFA Plongée a, par équivalence, les capacités 4, 5, 6 et 7 de tout autre RIFA, et réciproquement...).

	Connaissances, savoir-faire et savoir être	Commentaires et limites	Critères de réalisation
1	Communication entre tireurs lors d'un accident de tir sur cible.	Connaissance des signes normalisés de la FFESSM et réponses adaptées aux circonstances de l'accident.	Rapidité d'intervention et prise en charge de l'accidenté.
2	Mise en sécurité de l'accidenté.	Réaliser une technique de sauvetage, de tractage puis de hissage sûre et adaptée à la situation, pour mettre l'accidenté hors d'eau et le débarrasser de toute entrave aux fonctions vitales.	Maîtrise du sauvetage, du tractage, maîtrise du hissage, mise en sûreté de l'accidenté.
3	Mise en sécurité des autres tireurs.	Vérifier la composition du groupe, assurer le désarmement et le regroupement du matériel de celui-ci.	Maîtrise de la gestion du groupe.
4	Coordination et partage des différentes opérations liées à l'accident.	Rôle de chacun en fonction des compétences présentes. Assurer la liaison entre les divers intervenants.	Maîtriser la gestion de crise.
5	Prise en compte des plaintes et malaises de la victime et évaluation des fonctions vitales.	Reconnaissance des signes liés aux accidents de tir sur cible, et surveillance.	Le tireur doit rassurer, interroger et recueillir les plaintes et l'état de la victime. Il doit surveiller l'évolution de l'état de la victime. (*)
6	Mise en œuvre des techniques adaptées à l'état de la victime.	Respect des recommandations de la Commission Médicale et de Prévention Nationale en matière d'accidents, dont : - Ranimation cardio-pulmonaire (RCP), - Inhalation O2, - Insufflation O2 à 100% à 15 litres par minute, - Conduite à tenir lors des traumatismes.	Application des Techniques. (*)
7	Appel aux secours. Passation des informations aux urgences et suivi.	Adaptation des procédures d'appel aux conditions de pratique de l'activité. En mer : connaissance des procédures d'appel par moyen maritime (VHF, VHF ASN).	Transmission auprès des organismes de secours adaptés des éléments concernant la victime et la situation de l'accident. En mer : CROSS.

(*) Les référentiels nationaux de la Direction de la Défense et de la Sécurité Civile relatifs aux techniques de premiers secours sont disponibles sur le site du ministère de l'intérieur <http://www.interieur.gouv.fr/>

La mise en place de la formation, essentiellement pratique, puis de l'évaluation de la compétence RIFA Tir sur cible subaquatique, pourront être faites en milieu naturel et/ou en piscine. La formation sera effectuée à partir de démonstrations, de l'apprentissage des gestes et de mises en situations d'accidents simulés.

La délivrance de l'attestation de compétence RIFA, dans chacune des 6 spécialités, engage la responsabilité du ou des formateurs qui certifient qu'ils ont eux-mêmes constaté les aptitudes du candidat telles que définies dans les contenus de formation de ce module.

R.I.F.A.T.

Contenu

DEVELOPPEMENT DU CONTENU du RIFAT

Capacité 1 : Communication entre tireurs lors d'un accident

Objectifs

- Savoir reconnaître les signes normalisés de la F.F.E.S.S.M.
- Savoir reconnaître une situation anormale en surface et en immersion.
- Etre capable d'apporter une première réponse rapide et appropriée.

Contenu

Reconnaissance des signes normalisés

Actions du Sauveteur	Commentaires
Vérifier la maîtrise des signes de détresse en surface et en immersion.	Entre tireurs, en surface, en immersion et avec les personnes présentes sur le bord du bassin ou la berge de la gravière lors des entraînements et des compétitions.

Reconnaître une situation anormale en surface et en immersion

Actions du Sauveteur	Commentaires
Notions des comportements observables anormaux pouvant trahir un problème en surface et en immersion. Connaissance des blessures et traumatismes provoqués par le matériel.	Prévention, hors de l'eau, lors des déplacements avec le matériel.

Réponse rapide et appropriée

Actions du Sauveteur	Commentaires
Ordonner l'arrêt des tirs. Assurer une prise en charge de la victime par : - une approche en sécurité, - un contact visuel permanent, - un contact corporel, - un contact oral.	Sécurisation de la zone de tir par arrêt immédiat des tirs. Approche par le couloir de tir de la victime Signe « ok » pour rassurer la victime et le maintien d'un contact visuel permanent. Assurer la protection de la victime. Conserver un contact verbal avec la victime.

Capacité 2 : La mise en sécurité de l'accidenté

Objectifs

- Faire cesser toute activité de tir et d'apnée.
- Eviter une inhalation d'eau.
- Garantir à la victime une ventilation et / ou une reprise de ventilation dans de bonnes conditions.
- Remorquer la victime.
- Assurer la sortie de l'eau de la victime en fonction des conditions d'évolution (piscine, départ de berge pour les gravières).
- Mettre en sécurité la victime.

Nota : Les techniques développées dans cette capacité sont formulées pour servir de base de travail au formateur de RIFAT mais elles peuvent être adaptées en fonction du matériel et de la configuration du milieu et des techniques adoptées par le formateur.

Contenu

Le sauvetage en immersion

Actions du Sauveteur	Commentaires
Rejoindre la victime. Neutraliser l'arbalète et la désarmer si nécessaire puis l'abandonner sur le fond.	Eviter que la victime ne coule. Désarmer en tirant dans la cible. Eviter l'inhalation d'eau.
Assurer l'étanchéité des voies aériennes. Entamer la remontée.	Placer le tireur en difficulté en position légèrement surélevée, afin de faciliter le palmage lors de la remontée.

Le sauvetage en surface

Actions du Sauveteur	Commentaires
Maintenir les voies aériennes de la victime hors de l'eau. Lui ôter tuba et masque si plein d'eau. S'assurer de son état (ventilation, conscience). La stimuler par le contact physique et la parole. Donner l'alerte.	Agir rapidement avec efficacité. Stimuler la victime.

Le remorquage vers le point de sortie de l'eau

Actions du Sauveteur	Commentaires
Une main sous le cou de la victime. Maintenir les voies aériennes hors de l'eau. Se positionner à côté de la victime, légèrement décalé. Propulsion costale.	La victime est directement prête pour sa présentation à l'échelle de remontée. Permet de nager sans être gêné par les palmes de la victime et permet de se diriger et de présenter la victime directement au bord.

**Le tractage de la victime vers la berge, le bord du bassin
Tractage à l'aide d'une prise arrière**

Actions du Sauveteur	Commentaires
Saisir la victime sous son bras. Mettre la tête de la victime sur son épaule. Sa bouche plus haute que la votre. Propulsion dorsale.	Cette prise permet un bon maintien des voies aériennes hors de l'eau mais pénalise la rapidité, l'orientation et la présentation de la victime vers le bord le plus proche.

**Le tractage de la victime vers la berge, le bord du bassin
En poussant la victime devant soi**

Actions du Sauveteur	Commentaires
Une main sous le cou de la victime. L'autre maintenant les voies aériennes hors de l'eau.	Propulsion ventrale plus efficace, position plus confortable pour surveiller son déplacement et l'état de la victime.
Se positionner à coté de la victime, légèrement décalé. Propulsion ventrale en poussant la victime devant.	La victime est directement prête pour sa présentation au bord.

**La sortie de l'eau d'un tireur en difficulté
Sur une berge**

Actions du Sauveteur	Commentaires
Suite au remorquage, s'agenouiller derrière la victime : - le sauveteur passe ses avant-bras sous les aisselles de la victime, - en croisant, saisir les poignets de la victime (poignet droit de la victime - main gauche du sauveteur). Se redresser et à reculons entraîner la victime hors de l'eau en la tractant sur le bord de la berge. En zone sécurisée, s'abaisser jusqu'à se mettre à genoux, caler la victime (dos de la victime sur la cuisse du sauveteur).	Cette prise est facile lorsqu'elle est pratiquée dans l'eau par petit fond (70 cm).

**La sortie de l'eau d'un tireur en difficulté
Sur le bord de la piscine**

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Saisir la victime par les poignets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la positionner sur le dos ou sur le ventre suivant la hauteur entre le niveau de l'eau et le sol, - se placer au bord du bassin, jambes fléchies dos droit, - enfoncer brièvement la victime dans l'eau en gardant ses voies aériennes hors de l'eau, - détendre les jambes et tirer la victime hors de l'eau, <p>placer la victime avec précaution à même le sol.</p>	<p>La prise « type pneumatique » s'adapte au bassin notamment à bord élevé.</p> <p>En cas de suspicion de traumatisme du rachis, la sortie de l'eau se fera obligatoirement à l'aide d'un plan dur (technique de la planche).</p> <p>Attention à la courbure lombaire de la victime. La sortie position ventrale sera privilégiée.</p> <p>Prise à deux si la victime est d'un gabarit important.</p> <p>Chacune des prises présente des avantages et des inconvénients. Sur le ventre, prise plus facile mais la victime doit être retournée avant d'effectuer le bilan.</p> <p>Sur le dos, la victime est disposée immédiatement sur le dos.</p> <p>Installer la victime en fonction de son état.</p>

**La sortie de l'eau d'un tireur en difficulté
Au niveau d'une échelle**

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Positionner la victime le dos contre l'échelle.</p> <p>Passer vos bras sous les aisselles de la victime.</p> <p>Passer vos jambes sous et entre celles de la victime.</p> <p>Remonter les barreaux de l'échelle.</p> <p>Accompagner la remontée de la victime jusque sur le sol.</p> <p>Se faire aider par une autre personne.</p> <p>Maintenir les jambes de la victime.</p> <p>En zone sécurisée, s'abaisser jusqu'à se mettre à genoux, caler la victime (dos de la victime sur la cuisse du sauveteur).</p>	<p>Pas applicable en cas de suspicion de traumatisme du rachis.</p> <p>Prise à deux si la victime est d'un gabarit important.</p> <p>L'aide secouriste passe les avant-bras sous les aisselles de la victime en croisant et saisit les poignets (poignet droit de la victime - main gauche du sauveteur).</p>

La mise en sécurité de la victime

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>A l'issue de tout dégagement, la victime sortie de l'eau doit être installée en position de confort dans une zone sécurisée.</p>	<p>A l'abri du sur-accident (froid, chaleur...), la position de confort dépend de l'état de la victime.</p>

Capacité 3 : Récupération des tireurs du groupe

Objectifs

- Prendre en charge le groupe dont l'un des membres est accidenté.
- Assurer le regroupement des tireurs et du matériel.
- Recueillir les informations utiles.

Contenu

Prise en charge d'un groupe

Actions du Sauveteur	Commentaires
Vérifier la composition du groupe. S'assurer de l'intégrité physique des autres membres du groupe. Relever les informations concernant l'évolution des membres du groupe.	(Incidents, faits remarquables).

Prise en charge des groupes encore en immersion

Actions du Sauveteur	Commentaires
Recueillir des informations sur les groupes encore à l'eau (nombre).	Connaissance des moyens de rappel disponibles, adaptés et sur place.

Regroupement du matériel

Actions du Sauveteur	Commentaires
Mettre ou faire mettre tout le matériel des tireurs en sécurité pour éviter le sur-accident et ne pas gêner l'intervention des secours.	

Recueillir les informations utiles

Actions du Sauveteur	Commentaires
Noter sur la fiche d'évacuation les informations utiles.	Heure, symptômes, actions menées...etc.

Capacité 4 : Coordination et partage des différentes opérations liées à l'accident

Objectifs

- Rôle de chacun en fonction des compétences présentes.
- Assurer la liaison entre les divers intervenants.

Contenu

Rôle de chacun en fonction des compétences présentes.

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Avant la mise à l'eau, il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les consignes de rappel des tireurs. • Connaître les modalités de récupération des tireurs en difficultés. • Connaître l'emplacement et le fonctionnement du matériel de secours et de communication. 	<p>Les informations sont données sous forme d'un échange entre le formateur et les stagiaires. Il est nécessaire de s'appuyer sur le vécu des tireurs et sur l'organisation prévue par les clubs.</p> <p>L'évaluation se fera lors de cas concrets, chaque stagiaire devant jouer au moins une fois le rôle de coordinateur.</p>

Assurer la liaison entre les divers intervenants

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>En cas d'accident, l'un des intervenants doit assurer la coordination des secours. Le rôle du coordinateur est en priorité la coordination des opérations de secours et la centralisation des informations. Cela n'exclut pas sa participation à certaine(s) tâche(s) particulière(s).</p> <p>Sur l'appel de détresse en surface :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer la consigne de récupération des tireurs. • Répartir les différentes tâches dont : <ul style="list-style-type: none"> * évaluer l'état de la victime, * l'alerte, * la mise en œuvre du matériel de secours (O₂, ...). <p>Lors de la prise en charge de la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect de la procédure de la prise en charge de la victime. • Remplir en fonction des circonstances la fiche d'évacuation. 	<p>Chaque stagiaire doit passer sur les différentes tâches.</p> <p>Les capacités 5 et 6 doivent être un pré-requis.</p> <p>L'évaluation de chaque stagiaire se fait lors de cas concrets sur l'ensemble des tâches.</p> <p>Utilisation de la procédure de la prise en charge définie par le club.</p> <p>L'utilisation d'une fiche d'évacuation (fédérale ou autre) est vivement recommandée.</p>

Capacité 5 : Prise en compte des traumatismes, des plaintes, des malaises de la victime et évaluation des fonctions vitales

Objectifs

- Reconnaissance des signes liés aux accidents traumatiques, aux accidents en apnée et surveillance.
- Reconnaître les blessures et traumatismes.
- Reconnaître un malaise.
- Évaluer les fonctions vitales.
- Synthèse de la situation.

Contenu

Savoir évoquer les traumatismes et les accidents liés à l'apnée ou lors de la pratique du tir

Ils doivent être évoqués devant l'apparition après une apnée de :

- **toute sensation anormale (malaise)** : troubles et plaintes exprimés ou signes constatés souvent discrets et parfois fluctuants.

Ils peuvent se traduire par :

- **des blessures superficielles ou profondes,**
- **une atteinte des fonctions vitales** (conscience, ventilation, circulation).

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Observer tout signe anormal après une apnée, même en l'absence d'anomalie de procédure.</p> <p>Remarquer toute émission de plainte.</p>	<p>Ces 2 éléments doivent être considérés comme relevant d'un accident, et conduire à la mise en œuvre de la procédure adaptée comportant éventuellement la mise immédiate sous oxygène et l'alerte pour prise en charge par les services spécialisés.</p>

Reconnaître une blessure

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Évaluer la gravité de la blessure</p> <p>Différencier une plaie simple d'une plaie grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coupure après un bris d'obus ou contact avec le support cible ou un autre matériel. - fichage d'une flèche dans une partie du corps. - possibilité d'hémorragie. <p>Savoir suspecter une atteinte traumatique</p> <p>Eviter les gestes inappropriés.</p> <p>Hémorragie</p> <p>Savoir agir vite et efficacement pour limiter la perte sanguine.</p>	<p>Une conduite appropriée permet d'en diminuer la gravité.</p> <p>La pointe acérée de la flèche, si elle n'est pas protégée, peut provoquer des blessures lors des transports avant la mise à l'eau et dans l'eau.</p> <p>La douleur d'intensité variable peut provoquer des malaises et révéler une situation pouvant à tout moment évoluer vers une détresse fonctionnelle ou vitale.</p> <p>La blessure peut être vitale d'emblée.</p> <p>Hémorragie</p> <p>Compression manuelle de la plaie, puis pansement compressif (les points de compression à distance peuvent être enseignés en raison du caractère très particulier des blessures par flèche -bien que ne faisant plus partie des référentiels Sécurité Civile-).</p>

Reconnaître un malaise

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Savoir ce qu'est un malaise Un malaise est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que le sujet qui l'éprouve puisse obligatoirement en identifier l'origine. Il traduit une défaillance temporaire ou durable d'une partie de l'organisme sans que ce trouble entraîne initialement une inconscience, un arrêt respiratoire ou un arrêt cardiaque.</p>	<p>Certains malaises liés à l'apnée peuvent être graves car ils peuvent révéler une situation pouvant à tout moment évoluer vers une détresse fonctionnelle ou vitale. Les malaises liés aux traumatismes peuvent être évocateurs d'un trouble grave circulatoire ou respiratoire.</p>

Reconnaître un malaise :

Capacité à observer une victime qui réagit

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Constater les signes de malaise Prostration, indifférence, agitation. Troubles de la conscience. Pâleur, cyanose, sueurs. Anomalie de la parole. Déformation du visage. Aspect anormal du regard. Mouvements anormaux des yeux. Tremblements, mouvements anormaux. Vomissements, saignements. Toux, gêne respiratoire. Difficulté de la station debout. Difficulté de la mobilité. Distension de l'abdomen.</p>	<p>Rechercher les signes ou troubles évoquant un accident lié à l'apnée par l'observation, l'écoute et l'interrogatoire :</p> <p>Noter la nature des signes anormaux, la chronologie de leur apparition et leur évolution.</p>

Reconnaître un malaise :

Capacité à écouter une victime qui s'exprime

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Écouter les troubles exprimés : Sensation pénible, fatigue anormale. Douleurs exprimées. Difficultés respiratoires. Froid ou chaud. Nausées. Vertiges et troubles de l'équilibre. Troubles auditifs. Troubles de la vision. Troubles de la sensibilité. Difficultés de mobilisation. Difficultés à uriner.</p>	<p>Noter la chronologie d'apparition des troubles, faire préciser les manifestations générales, la localisation des douleurs, des troubles de la sensibilité et/ou de la mobilisation.</p> <p>Noter l'évolution des troubles.</p>

Reconnaître un malaise :
Capacité à questionner une victime

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Poser les questions orientées :</p> <p>- Générales : Qu'est-ce qu'il vous arrive ? Que ressentez-vous ? Avez-vous mal quelque part ?</p> <p>- Spécifiques au malaise : Depuis combien de temps vous sentez-vous mal ? Est-ce la première fois ? Prenez-vous un traitement habituel ? Avez-vous une maladie connue ? Avez-vous été hospitalisé récemment ?</p> <p>- Par rapport au déroulement de l'apnée : Quelles ont été les fréquences des apnées, leurs profondeurs, leurs temps moyens, les récupérations entre chacune.</p> <p>Y a-t-il eu un problème pendant les apnées ? Y a-t-il eu la possibilité de respirer au fond ? : bouteilles et détendeur immergées, copain en scaphandre, ... Y a-t-il eu un problème de compensation des oreilles ?</p>	<p>Faire préciser la nature des troubles ressentis et la chronologie de leur apparition par rapport aux apnées.</p> <p>Noter l'existence d'antécédents du même type, la notion d'affection connue et traitée susceptible de s'accompagner de malaise et dont la prise en charge est déjà codifiée (administration de médicaments). Mais toujours relier ces anomalies à leurs circonstances d'apparition (après l'apnée).</p> <p>Rechercher tous les renseignements sur le déroulement des apnées et relever toute anomalie.</p> <p>Faire préciser toute gêne ressentie au cours des apnées.</p> <p>Rechercher la notion d'inhalation d'eau en immersion ou en surface (noyade).</p>

Evaluer les fonctions vitales

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Évaluer l'état de la conscience : Ouverture des yeux. Réponse aux questions. Mouvement à la demande. Notions de perte de connaissance. L'état d'inconscience se traduit par l'absence de réponse verbale ou motrice à une demande simple.</p> <p>Évaluer la ventilation : La victime ventile spontanément. La ventilation est bruyante. La victime ventile après basculement prudent de la tête en arrière. La victime ne ventile pas même après basculement prudent de la tête en arrière.</p> <p>Évaluer la circulation : Présence d'hémorragie importante extériorisée ou non.</p>	<p>Se baisser jusqu'à la victime. Tenter d'établir le contact par la parole et le toucher :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prendre la main, - poser des questions simples : Ça ne vas pas ? Vous m'entendez ? Quel est votre nom ? <p>Qu'est-ce qu'il vous arrive ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - en donnant des ordres simples : Ouvrez les yeux ! Serrez-moi la main ! <p>Une main tient le front, l'autre relève le menton vers l'arrière, le sauveteur penche son visage vers la victime. La ventilation est reconnue par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le souffle perçu sur la joue qui se penche sur le visage, - les mouvements du ventre et de la poitrine, - le bruit de la respiration.

Capacité 6 : Mise en œuvre des techniques adaptées à l'état de la victime

Objectifs

- Respecter les recommandations de la Commission Médicale et de Prévention Nationale en matière d'accidents en apnée communs avec les accidents de plongée.
- Capacité à utiliser le matériel.
- Adapter les gestes à l'état de la victime.
- Surveillance de la victime et de l'évolution de son état.

Contenu

Connaître et appliquer les recommandations de la C.M.P.N. en matière d'accidents d'apnée : Oxygène

Actions du Sauveteur	Commentaires
Administration continue d'oxygène pur, 15 litres/minute dans le but d'obtenir une concentration d'oxygène dans l'air inspiré la plus proche de 100 %.	Nécessite un ballon réservoir : soit sur le masque à haute concentration, soit sur le Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle (B.A.V.U.).

Connaître et appliquer les recommandations de la C.M.P.N. en matière d'accidents d'apnée : Evacuation

Actions du Sauveteur	Commentaires
Évacuation sanitaire immédiate vers le centre spécialisé.	En maintenant l'administration continue d'oxygène jusqu'à l'arrivée dans le centre spécialisé

Connaître et utiliser le matériel : Oxygène

Actions du Sauveteur	Commentaires
Mise en œuvre de l'ensemble d'administration d'oxygène : bouteille avec manodétendeur et débit-litre, tuyau de raccordement, masque inhalateur à haute concentration, B.A.V.U. avec sac réservoir. Maîtrise de la notion d'autonomie	Consignes de sécurité : - Pas de flamme, - Pas de source d'élévation de température, - Pas de corps gras ou de matériaux inflammables, - Pas de chocs. Privilégier les bouteilles avec manodétendeur-débit-litre intégré (Présence, Oxéane..), d'utilisation plus simple et plus sûre et obligatoire pour les bouteilles de 5 litres. Toujours utiliser le masque ou ballon avec réservoir pour obtenir une concentration proche de 100%. Environ une heure à 15 litres/minute pour une bouteille de 5 litres à 200 bars.

Ranimation Cardio-pulmonaire (R.C.P.) sur mannequin

Actions du Sauveteur	Commentaires
Simulation de Ranimation Cardio-pulmonaire (R.C.P.) sur mannequin	A débiter le plus rapidement possible en cas de victime inconsciente qui ne respire plus (malgré bonne libération des voies aériennes. Prise de pouls inutile). Massage cardiaque à un rythme de 100 par minute, selon la bonne amplitude. Alternance 30 massages / 2 ventilations (la ventilation est recommandée mais n'est pas indispensable).

Couverture isothermique

Actions du Sauveteur	Commentaires
Éviter le refroidissement de l'accidenté	Mise en place de la couverture iso thermique.

Mettre en œuvre les techniques adaptées à l'état de la victime

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p style="color: red;">La mise en œuvre des techniques ne doit pas retarder l'alerte des secours.</p> <p>Victime consciente : Mise en position de confort. Inhalation, si nécessaire, d'oxygène au masque à haute concentration. Surveillance : Parler à la victime, et surveiller la ventilation.</p> <p>Victime inconsciente et qui ventile : Libération des voies aériennes. Mise en Position Latérale de Sécurité (P.L.S.).</p> <p>Inhalation d'oxygène au masque à haute concentration. Surveillance.</p> <p>Victime inconsciente et qui ne ventile pas : Libération des voies aériennes. Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP). Mise en œuvre du DAE le plus rapidement possible. Poursuivre la RCP : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'au relais par les services de secours, • jusqu'à la reprise d'une respiration normale par la victime. </p> <p>Prévention de l'hypothermie.</p> <p>Blessure perforante par flèche</p> <p>Laisser la flèche en place.</p> <p>Si traumatisme : laisser la victime à jeun car possibilité d'une anesthésie générale.</p> <p>Hémorragie Appuis manuels pour arrêter l'hémorragie.</p> <p>Point de compression éventuel.</p>	<p>La victime consciente est en position demi-assise en cas de gêne respiratoire, allongée si malaise ou hémorragie.</p> <p>La victime inconsciente et qui ventile est placée en Position Latérale de Sécurité (P.L.S.)</p> <p>La victime inconsciente et qui ne ventile pas est placée sur le dos : Libérer les voies aériennes. Débuter la réanimation cardio-pulmonaire (R.C.P.) : <ul style="list-style-type: none"> - massage cardiaque externe, - insufflations au B.A.V.U. avec oxygène et ballon réservoir (précédées au besoin de bouche à bouche), fréquence : 100 massages par minute, rythme : 30 massages pour 2 insufflations.</p> <p>Se conformer aux indications du DAE.</p> <p>Mise en place de la couverture iso thermique.</p> <p>Précaution à prendre pour l'installation du blessé en attendant les secours.</p> <p>Empêcher le blessé d'enlever, par réflexe, lui même la flèche et lui en expliquer la raison.</p> <p>Ne pas faire boire ni donner d'Aspirine.</p> <p>En cas d'hémorragie : surélévation des jambes si possible.</p>

Surveiller la victime et l'évolution de son état

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Noter l'évolution des signes et des troubles.</p> <p>Noter l'évolution des fonctions vitales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - état de la conscience, - état de la ventilation, - état de la circulation, <ul style="list-style-type: none"> • le pouls : • nombre de pulsations par minute, • qualité du pouls, • régularité, • hémorragie, • les autres éléments d'évaluation : pâleur, marbrures, coloration de l'intérieur des lèvres. 	<p>La surveillance permet d'adapter la prise en charge à l'évolution de l'état de la victime.</p> <p>La surveillance continue des fonctions vitales permet d'adapter les gestes et de limiter les conséquences de leur défaillance par une réaction précoce.</p> <p>Pouls : Fréquence, Amplitude, Régularité.</p>

Respecter les règles d'asepsie et d'hygiène

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Appliquer les précautions lors de la prise en charge d'une victime.</p> <p>Appliquer les précautions lors de l'apprentissage et de l'enseignement.</p>	<p>Pour le contact avec les liquides organiques et en particulier le sang (gants, insufflation avec embout).</p> <p>Pour l'utilisation des mannequins de secourisme, en particulier pour l'enseignement du bouche à bouche.</p> <p>(Un masque facial par élève, nettoyage et désinfection des masques et changement des voies respiratoires après chaque séance).</p>

Monter et entretenir le matériel d'insufflation

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>Savoir assembler les éléments du B.A.V.U. entre eux et procéder à l'alimentation en oxygène.</p>	<p>Montage, nettoyage et désinfection du B.A.V.U. et du matériel d'administration d'oxygène.</p> <p>Prendre les précautions indispensables pour manipuler l'oxygène. Privilégier l'usage des B.A.V.U. à usage unique.</p>

Capacité 7 : Appel aux secours Passation des informations aux urgences et suivi

Objectifs

- Adaptation des procédures d'appel aux conditions de pratique de l'activité.

Contenu

Adaptation des procédures d'appel aux conditions de pratique de l'activité

Actions du Sauveteur	Commentaires
<p>1 – Décider d'appeler les secours : A l'occasion de toute situation présentant des risques ou lorsqu'une vie est en danger. Lors de toute suspicion d'accident. Toute mise sous oxygène d'un tireur implique l'alerte.</p> <p>2 – Utiliser un moyen de communication. L'alerte des secours peut être réalisé : par téléphone fixe (cabine téléphonique, ...), ou à l'aide d'un téléphone mobile.</p> <p>3 – Choisir un service de secours adapté : Le 15 : le SAMU (Secours médicalisé), Le 112 : numéro d'appel unique des urgences sur le territoire européen.</p> <p>4 - Alerte : Par téléphone : NUMERO DE TELEPHONE de l'appareil utilisé pour être rappelé si nécessaire,</p> <p>SE PRESENTER, décliner son identité,</p> <p>NATURE DU PROBLEME, maladie ou accident en précisant s'il s'agit ou non d'un accident d'apnée ou d'un traumatisme.</p> <p>RISQUES éventuels (tout fait présentant un danger),</p> <p>LOCALISATION très précise de l'événement (nom du lieu ou du site de l'activité, tout autre élément qui peut aider les secours),</p> <p>NOMBRE de personnes concernées : celle qui présente des symptômes (la victime) et celle(s) susceptible(s) de voir apparaître des symptômes,</p> <p>Appréciation de la GRAVITE de l'état de chaque victime : lire la fiche d'évacuation par victime comportant l'état de la victime et les paramètres de l'apnée,</p> <p>PREMIERES MESURES PRISES ET GESTES EFFECTUES : Bilan, préciser que la victime est sous O₂ (ou non). Répondre aux questions qui sont posées par les secours ou par un médecin.</p> <p>Un dialogue peut s'instaurer entre l'appelant et le service d'urgence ; ce dernier peut donner des conseils et/ou des instructions sur la conduite à tenir par le sauveteur.</p>	<p>Des exemples doivent être donnés sur des incidents ou accidents liés à l'apnée.</p> <p>Evaluer sur la mise en place de cas concrets (présentation de transparents, ...).</p> <p>Evaluer sur la mise en place de cas concrets.</p> <p>L'utilisation d'une fiche d'évacuation par victime est vivement recommandée.</p>

En cas de blessure par flèche : la laisser en place et demander d'amener le matériel nécessaire à sa section (flèche en inox de 6,5 mm de diamètre et de 1 m à 1,5 m de longueur).

Le message d'alerte achevé, l'appelant doit attendre les instructions avant d'interrompre la communication.

5 - Suivi de l'intervention avec les secours.

Noter et signaler aux services de secours toute modification d'état de la victime ou de l'environnement (Problème d'autonomie d'O₂, nouvelle victime, tout évènement ayant une incidence sur la conduite des secours, ...).

Evaluer sur des cas concrets l'évolution d'état d'une victime.

ANNEXE RIFA

	RIFAP	RIFAA	RIFANEV	RIFAT	RIFANAP	RIFAHS
Spécifique	Préliminaire	Préliminaire	Préliminaire	Préliminaire	Préliminaire	Préliminaire
Tronc commun	Contenu	Contenu	Contenu	Contenu	Contenu	Contenu
	Conditions	Conditions	Conditions	Conditions	Conditions	Conditions
Spécifique	Validation	Validation	Validation	Validation	Validation	Validation
	Exigibilité	Exigibilité	Exigibilité	Exigibilité	Exigibilité	Exigibilité
Tronc commun	Maintien de compétence					
	Charte	Charte	Charte	Charte	Charte	Charte
	Abréviation	Abréviation	Abréviation	Abréviation	Abréviation	Abréviation
	Equivalence DDSC					
	Equivalence FFESSM					

	RIFAP	RIFAA	RIFANEV	RIFAT	RIFANAP	RIFAHS
Spécifique	Capacité 1	Capacité 1	Capacité 1	Capacité 1	Capacité 1	Capacité 1
	Capacité 2	Capacité 2	Capacité 2	Capacité 2	Capacité 2	Capacité 2
	Capacité 3	Capacité 3	Capacité 3	Capacité 3	Capacité 3	Capacité 3
Tronc commun	Capacité 4	Capacité 4	Capacité 4	Capacité 4	Capacité 4	Capacité 4
	Capacité 5	Capacité 5	Capacité 5	Capacité 5	Capacité 5	Capacité 5
	Capacité 6	Capacité 6	Capacité 6	Capacité 6	Capacité 6	Capacité 6
	Capacité 7	Capacité 7	Capacité 7	Capacité 7	Capacité 7	Capacité 7

Fédération Française d'Etudes et de Sports Sous-Marins



Autorisation préalable de délivrance de l'attestation de compétence R I F A Spécialité Tir sur cible subaquatique

Mme, Melle, M. (*)

Né(e) le à N° de licence :

Adresse

(*) Rayer les mentions inutiles.

		Date	Cachet, N° de licence et signature du Cadre
1	Communication		
2	Mise en sécurité de l'accidenté		
3	Mise en sécurité du groupe		
4	Coordination et partage des différentes opérations liées à l'accident		
5	Prise en compte des malaises de la victime et évaluation des fonctions vitales		
6	Mise en œuvre des techniques adaptées à l'état		
7	Appel des secours Passation des informations aux urgences et suivi		

Nom et prénom du formateur :

N° de licence du formateur : N° et Nom du brevet du formateur

Date.....Lieu.....

Le Cadre atteste par sa signature que les informations fournies ci-dessus sont exactes et conformes à la réglementation en vigueur. Ce document ne constitue EN AUCUN CAS l'attestation provisoire de réussite remise au candidat.

Tir sur Cible Subaquatique

« Ce que l'on peut exiger d'un initiateur »



I. Physiologie de l'apnée :

Pour fonctionner, notre organisme a besoin d'un apport régulier en dioxygène (O₂) mais a aussi besoin d'évacuer tout aussi régulièrement le dioxyde de carbone (CO₂) produit par ce fonctionnement.

les échanges gazeux entre les poumons et le sang se font au niveau des alvéoles pulmonaires.

Ceci est permis par la ventilation, phénomène géré de façon autonome par notre système nerveux central.

Les capacités pulmonaires (environ 4,5 à 6 l variant selon l'âge et le sexe) :

- Capacité totale : Volume Courant + Volume de Réserve Expiratoire + Volume de Réserve Inspiratoire + Volume Résiduel
- Capacité vitale : Volume Courant + Volume de Réserve Expiratoire + Volume de Réserve Inspiratoire
- Capacité inspiratoire : Volume Courant + Volume de Réserve inspiratoire
- capacité expiratoire : Volume Courant + Volume de Réserve Expiratoire

Lors d'une ventilation classique, seul le volume courant (VC) est échangé. Il faut une ventilation forcée pour mobiliser le volume de réserve inspiratoire (VRI) ou le volume de réserve expiratoire (VRE).

l'apnée, c'est l'arrêt volontaire de la respiration, le corps doit donc continuer à fonctionner avec le dioxygène à disposition dans le corps et sans pouvoir évacuer le dioxyde de carbone produit. Cela entraîne donc des modifications des pressions partielles pour ces 2 gaz dans notre sang.

Après un certain temps d'apnée, l'envie de respirer apparaît par augmentation du taux de CO₂ dans le sang (hypercapnie déclenchant un signal d'alerte). Si l'apnée est poursuivie malgré ce signal, l'abaissement du taux d'O₂ sanguin en deçà du seuil critique provoque une syncope hypoxique (perte de connaissance par mise en sécurité du cerceau).

Afin de retarder le signal d'alerte au CO₂ et tenter d'augmenter leur temps d'apnée, certains plongeurs sont tentés de pratiquer **l'hyperventilation**. Cette pratique n'augmente que très peu le taux de O₂ dans le sang **mais par contre** abaisse la quantité de CO₂ présent dans le sang avant l'apnée, ce qui a pour effet **de retarder le signal d'alerte au CO₂ d'envie de respirer au delà du point de syncope hypoxique**.

L'hyperventilation est très dangereuse et donc à bannir des entraînements !!!

II. Les filières énergétiques :

Pour fonctionner, le corps a besoin d'énergie produite en présence ou en absence de dioxygène.

Trois filières énergétiques se mettent en place lors d'un effort intense et prolongé :

Chacun de ces 3 systèmes est caractérisé par :

- **Son délai** d'intervention
- **Sa puissance**, c'est à dire la quantité maximale d'énergie produite par unité de temps, exprimée en watts
- **Sa capacité**, qui est la réserve d'énergie disponible en calories
- **Ses facteurs limitant**

- **La filière anaérobie alactique :**

Effort court réalisé sans consommation d'O₂ et permis par les seules réserves des muscles actifs. Cet effort ne produit pas d'acide lactique.

- **La filière aérobie :**

La production d'énergie se fait en présence d'O₂ à partir des réserves corporelles et sans production d'acide lactique. Cette filière permet des efforts longs seulement limités par la VO₂max (consommation max d'O₂ par un individu).

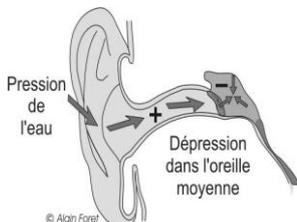
- **La filière anaérobie lactique :**

La production d'énergie se fait en l'absence d'O₂ et avec production d'acide lactique (facteur limitant du système).

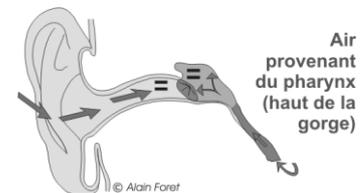
Cette filière fait suite à l'anaérobie alactique si l'effort se prolonge ou à l'aérobie si l'effort devient submaximal (au delà de la VO₂max).

La connaissance de ces mécanismes va permettre à l'initiateur de préparer des entraînements faisant intervenir ces différentes filières en jouant sur l'intensité ou la durée des différents exercices mais aussi en agissant sur les périodes de récupération.

III. La compensation :



La compensation consiste à rétablir l'équipression de part et d'autre du tympan en faisant arriver de l'air dans l'oreille moyenne via la trompe d'Eustache.



**La compensation est une méthode PREVENTIVE
Elle ne doit pas être considérée comme un moyen de supprimer une douleur !!!**

Pour rétablir l'équipression, il existe plusieurs techniques :

- **Vasalva** : surpression dans l'oreille moyenne d'origine pulmonaire.
- **Frenzel** : surpression d'origine rhino-pharyngée.
- **BTV** : Béance Tubulaire Volontaire.

IV. Les barotraumatismes de l'oreille :

Si la compensation est incomplète ou trop tardive, on risque :

A l'extérieur :

Action sur le tympan : de l'inflammation (otite barotraumatique) à la déchirure et jusqu'à parfois la rupture du tympan.

A l'intérieur :

Le coup de piston dû à une compensation tardive et trop puissante: lésion +/- importante au niveau de l'oreille moyenne (entorse des ligaments des osselets, lésions des fenêtres rondes et/ou ovales). Lésion du tympan.

Différence de pression entre les 2 oreilles : vertiges alerno-bariques.

Les symptômes d'un barotraumatisme sont : douleurs à l'oreille. saignement. perte d'audition. perte d'équilibre. vertiges. nausées. Acouphènes (sifflements), bourdonnements **et la conduite à tenir dans tous les cas est la consultation d'un ORL.**

LES PHASES D'INTERVENTION FACE A UN INCIDENT RÔLES ET ATTITUDES DE L'INITIATEUR OU DE L'EF1

L'encadrant doit impérativement connaître le POSS et le matériel de secours et d'alerte qui est à sa disposition

L'évacuation du bassin ou de l'établissement devra se faire en suivant le POSS et en évitant la panique.

Ne pas oublier de contrôler les effectifs !!!

rôle des intervenants	<i>Noyade perte de connaissance malaise</i>	<i>traumatisme</i>	<i>bagarre incontrôlable</i>	<i>incendie</i>	<i>chimique</i>	<i>alerte a la bombe</i>	<i>problème technique</i>
initiateur ou EF 1	<ul style="list-style-type: none"> * Secourir * Alerter * Faire un bilan * Donner le message d'alerte * Porter les soins adaptés * Aider les secours * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Secourir * Alerter * Faire un bilan * Si important protocole idem à la noyade * Si léger porter les soins adaptés * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Alerter * Evacuer * Alerter le 17 * Observer * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Alerter * Evacuer * Alerter le 18 * Combattre * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Alerter * Evacuer * Alerter le 18 * Combattre * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Alerter * Evacuer * Alerter le 17 * Faire un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> * Alerter * Evacuer * Faire un rapport
autres membres présents	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer le bassin * Approcher le matériel d'oxygénothérapie * Aider et protéger * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer le bassin * Aider et protéger * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Observer * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 18 * Combattre * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 18 * Combattre * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 17 * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer
autres titulaires RIFAT	<ul style="list-style-type: none"> * Idem rôle des autres membres présents * Aider à la réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> * Idem rôle des autres membres présents * Aider aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> * Observer * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 18 * Combattre * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 17 * Combattre * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer * Alerter le 17 * Accueillir les secours 	<ul style="list-style-type: none"> * Evacuer

EF 1 : Entraîneur fédéral de niveau 1.

RIFAT : Réactions et Intervention Face à un Accident de Tir sur cible subaquatique.

POSS : Plan d'Organisation de la Surveillance et des Secours.

LA PERTE DE CONNAISSANCE HYPOXIQUE (Par manque d'oxygène)

Elle est liée à nos systèmes de régulation. Si ceux-ci mesurent un taux de dioxygène sanguin au niveau du cerveau trop bas, ils le mettent en veille et l'arrêt de toutes les fonctions autres que vitales permet d'économiser le dioxygène restant.

La perte de connaissance ne survient que très rarement par surprise, l'apnéiste et son entourage peuvent, s'ils sont vigilants, en détecter les signes avant coureurs ou signes pré-syncopaux...

Les signes pré-syncopaux perceptibles par l'apnéiste :

Avant l'apnée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Picotements dans les extrémités ➤ Sensations de flottement ➤ Excitation importante
Au fond	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensation de confort inhabituel ➤ Disparition de l'envie de respirer ou de remonter
À la remontée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lourdeur ou chaleur dans les muscles des cuisses y compris en surface ➤ Petits troubles visuels étoilés ou d'obscurcissement ➤ Confort prolongé ou au contraire difficulté anormale

Les signes pré-syncopaux observables par les équipiers :

Au fond	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durée excessive, absence de mouvements ➤ Relâchement anormal ➤ Lâcher de bulles ➤ Tremblements
À la remontée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Largage de la ceinture et précipitation ➤ Ne répond pas au signal particulier convenu avant l'immersion ➤ Tremblements désordonnés ➤ Arrêt de palmage ➤ Coloration du visage et des lèvres anormale ➤ Ne répond pas au signe conventionnel « tout va bien ? » ➤ Lâcher de bulles ➤ Regard vide ➤ Le plongeur qui arrête sa propulsion et se met à couler
En surface	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coloration anormale des lèvres ➤ Pas de reprise active de la respiration par expulsion de l'eau du tuba ➤ Pas d'enchaînement respiratoire perceptible (son ou mouvement) ➤ Tremblements ➤ Inertie ou redescente vers le fond si le lestage est excessif, ou si l'inconscience survient après l'expiration



Les barotraumatismes des oreilles

L'oreille est un organe extrêmement sensible et dont le rôle ne se limite pas uniquement à l'audition.

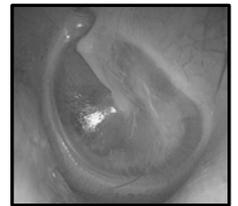
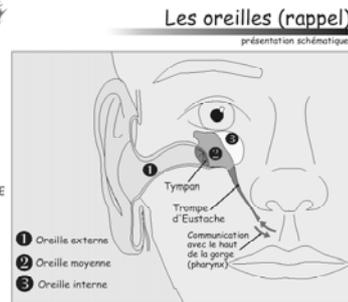
Les contraintes (la pression mais aussi l'eau qui peut entraîner des infections microbiologiques) que l'apnée leur fait subir imposent à tout apnéiste de parfaitement en connaître la structure et le fonctionnement afin de prévenir d'éventuels dommages qui pourraient s'avérer irréversibles.



Il est du devoir de tout initiateur de faire prendre conscience à ses élèves de cette fragilité.

L'oreille se compose de 3 parties (cf. schéma) :

- L'oreille externe.
- L'oreille moyenne.
- L'oreille interne.



Le tympan

L'oreille externe est séparée de l'oreille moyenne par une membrane souple mais extrêmement fragile, le tympan.

Les oreilles permettent l'audition (perception des sons) mais elles sont aussi les organes de l'équilibre.

Gestion de l'audition :

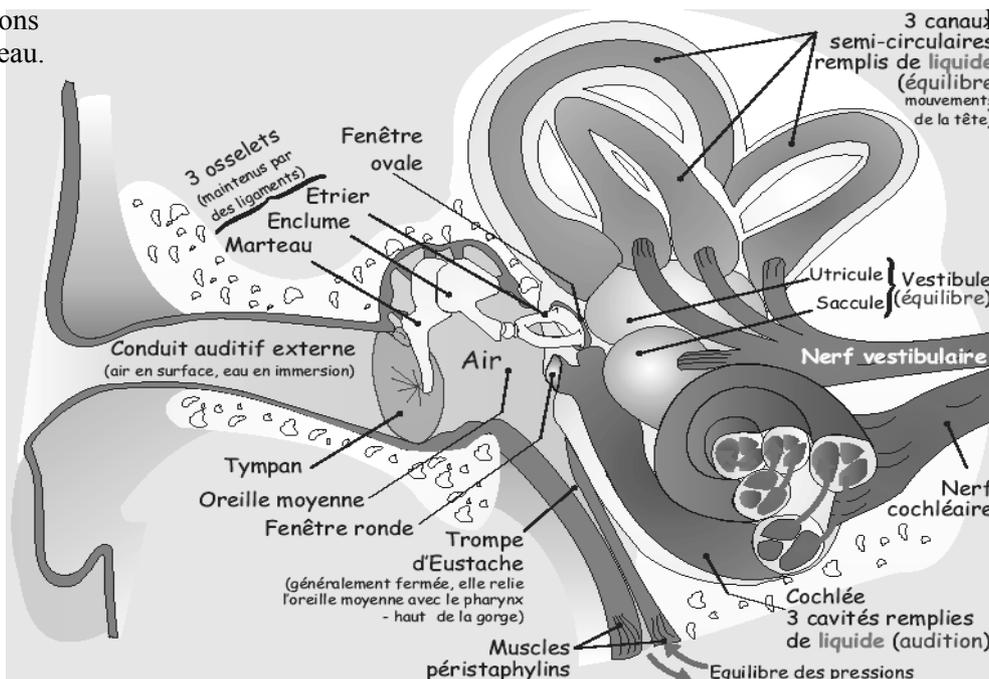
Conduit auditif / Tympan / Chaîne des osselets / fenêtre ovale / cochlée.

- nerf cochléaire : transmission d'informations sur les sons au cerveau.

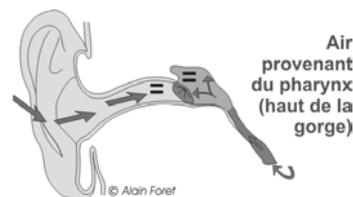
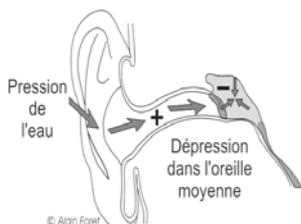
Gestion de l'équilibre :

Vestibule (utricle et saccule). Canaux semi-circulaires.

- nerf vestibulaire : transmission d'informations sur l'équilibre au cerveau.



Lors d'une apnée, même à faible profondeur, la pression s'exerçant sur les tympans côté oreille externe augmente, il faut alors équilibrer les pressions de part et d'autre des tympans en augmentant la pression à l'intérieur de l'oreille moyenne, c'est la **compensation**.



A LA DESCENTE :

La pression augmente (+) dans le conduit auditif
La pression dans l'oreille moyenne est la même qu'en surface donc (-).

On ressent tout d'abord une gêne puis la douleur augmente.

A LA REMONTEE :

La pression diminue
L'excès d'air dans l'oreille moyenne s'évacue naturellement.

Les pressions s'équilibrent naturellement de part et d'autre du tympan.

il faut donc insuffler de l'air par la trompe d'Eustache pour rétablir l'équipression et ainsi soulager le tympan.

MAIS

La trompe d'eustache est généralement fermée (forme complexe ou infection) empêchant l'air du pharynx de parvenir dans l'oreille moyenne.

Utilisation d'une technique de compensation

TECHNIQUE de COMPENSATION	Action	Résultat
VASALVA	Fermer la bouche Boucher le nez en le pinçant Souffler par le nez	<ul style="list-style-type: none"> > Surpression dans l'oreille moyenne d'origine pulmonaire > Réalisation : facile > Risque de coup de piston > Ne pas faire de Vasalva à la remontée
FRENZEL	Coup de piston lingual (langue plaquée au palais en prononçant :le son KE)	<ul style="list-style-type: none"> > Surpression d'origine rhino-pharyngée. > Réalisation assez difficile > Méthode non traumatique
B.T.V Béance Tubulaire Volontaire	Mouvement avant de la mâchoire inférieure	<ul style="list-style-type: none"> > Equipression > Facile à réaliser selon la morphologie des trompes d'eustache > Méthode non traumatique > Laisse les 2 mains libres pendant la descente
TOYNBEE	Déglutir	<ul style="list-style-type: none"> > Dépression > Réalisation facile > Manœuvre utile en cas de surpression de l'oreille moyenne à la remontée

Si l'apnéiste n'est pas vigilant et force la capacité de résistance de ses tympans, il s'expose à des lésions plus ou moins graves, allant de la légère otite barotraumatique à la rupture totale du tympan pouvant l'empêcher définitivement de plonger !!!

Problèmes en apnée dus à la pression:

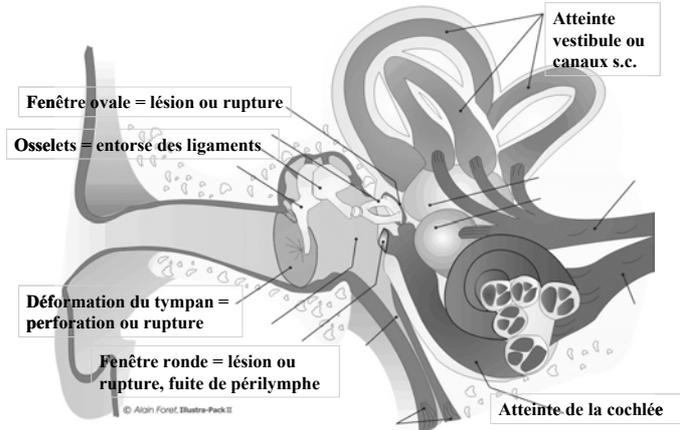
A l'extérieur :

Action sur le tympan : de l'inflammation (otite barotraumatique) à la déchirure et jusqu'à parfois la rupture du tympan.

A l'intérieur :

Le coup de piston dû à une compensation tardive et trop puissante: lésion +/- importante au niveau de l'oreille moyenne (entorse des ligaments des osselets, lésions des fenêtres rondes et/ou ovales). Lésion du tympan.

Différence de pression entre les 2 oreilles : vertiges alerno-bariques.



Symptômes

- ✓ douleurs à l'oreille.
- ✓ Saignement.
- ✓ perte d'audition.
- ✓ perte d'équilibre.
- ✓ Vertiges.
- ✓ Nausées.
- ✓ acouphènes (sifflements).
- ✓ Bourdonnements.

Conduite à tenir

Consulter un médecin spécialiste (ORL) en urgence ou un médecin fédéral.

LE VERTIGE ALTERNO-BARIQUE

Cause :

Manque de perméabilité de l'une des 2 trompes d'Eustache.

Donc retard d'équilibre des pressions dans l'une des 2 oreilles moyennes.

Les informations transmises à l'oreille interne ne sont plus symétriques.



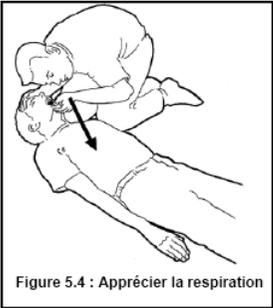
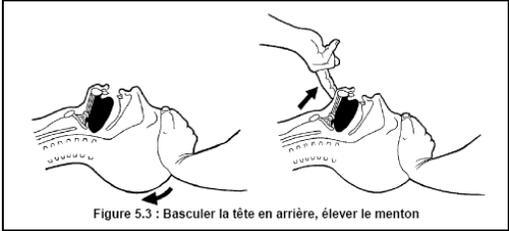
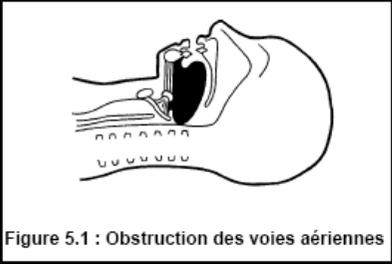
- ✓ **Vertiges**
- ✓ **Désorientation**
- ✓ **malaise**

Conduite à tenir :

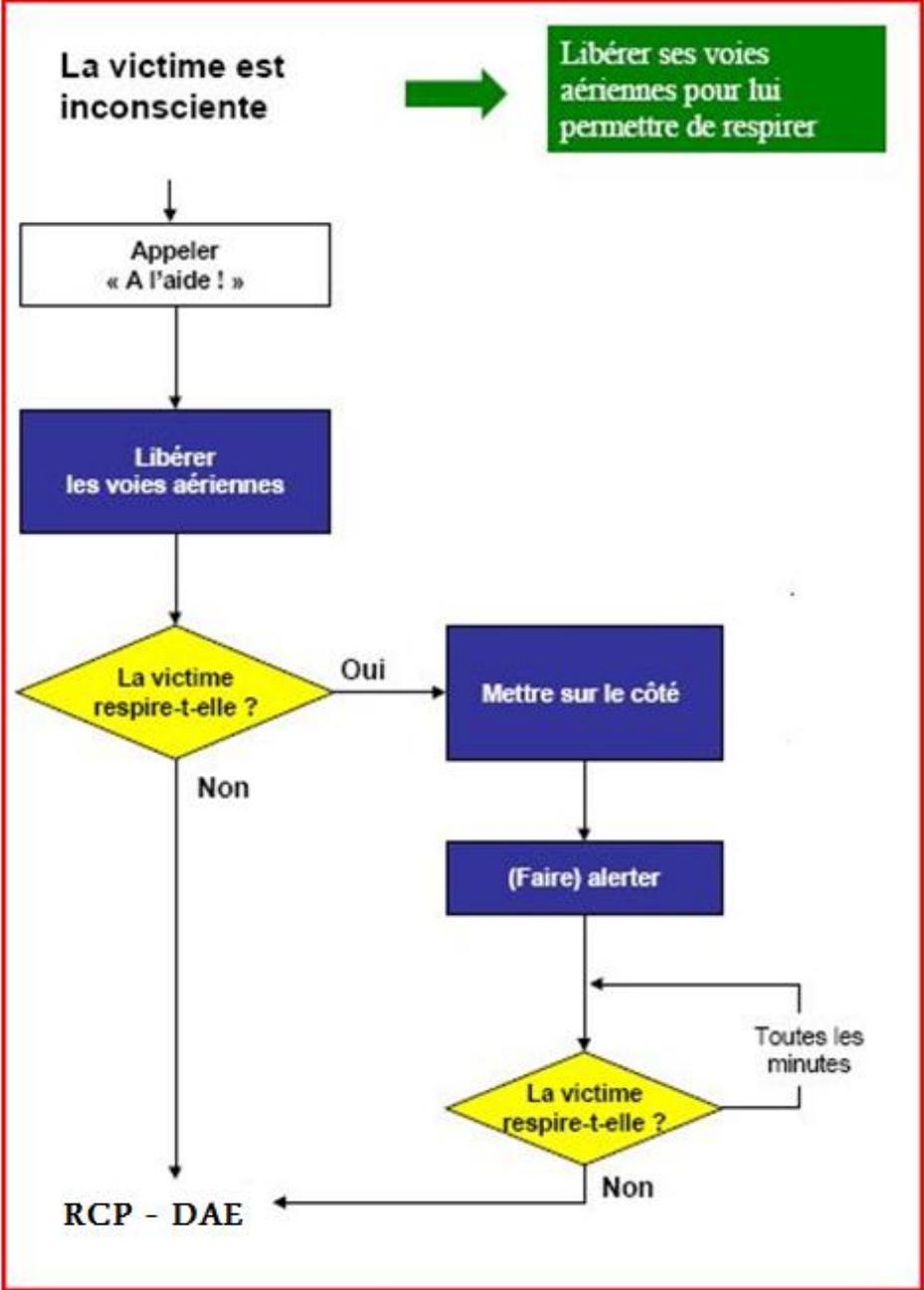
Déglutir et signaler son problème aux autres.

La victime est inconsciente

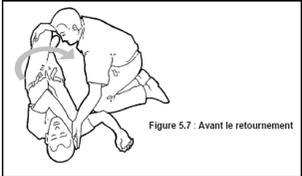
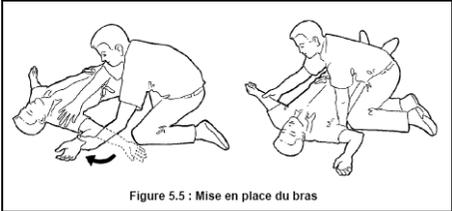
Libération des voies aériennes



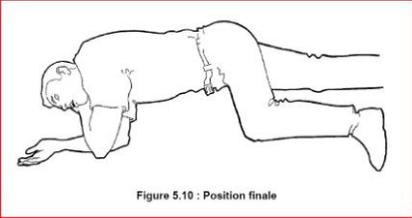
- POINTS CLES :**
- Pour assurer la liberté des voies aériennes, il faut :
- Le menton doit être tiré vers l'arrière.
 - La tête doit être basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position.



Mettre sur le côté

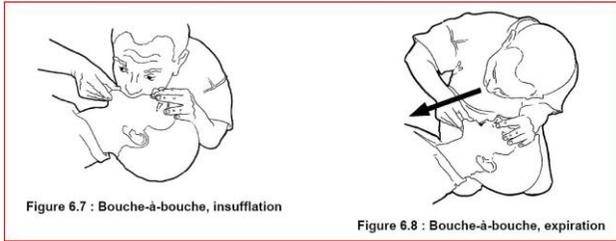


- Position latérale de sécurité : points clés**
- La mise en PLS d'une victime **doit respecter les principes suivants :**
- Le retournement de la victime sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale ;
 - Une fois sur le côté, la victime se trouve dans une position la plus latérale possible, tête basculée en arrière pour éviter la chute de la langue et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur ;
 - La position est stable ;
 - Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée ;
 - La surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles.



La victime inconsciente ne respire plus

La mise en place de la RCP



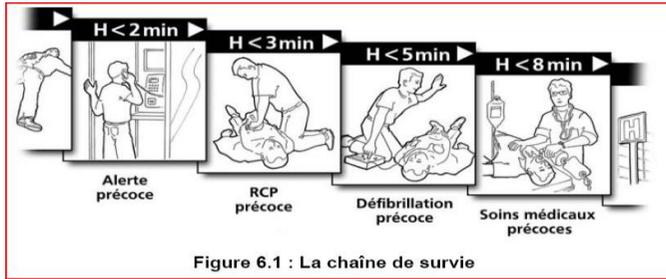
Ventilation artificielle : points clés
 Pour être efficace, les techniques de ventilation artificielle doivent respecter les points clés suivants :

- S'assurer que **les voies aériennes de la victime restent libres**, pour permettre le passage de l'air durant toute la manœuvre ;
- **Insuffler sans fuite** dans les voies aériennes de la victime, pour apporter suffisamment d'air aux poumons de la victime ;
- **Insuffler lentement et progressivement** jusqu'à ce que la poitrine de la victime commence à se soulever.



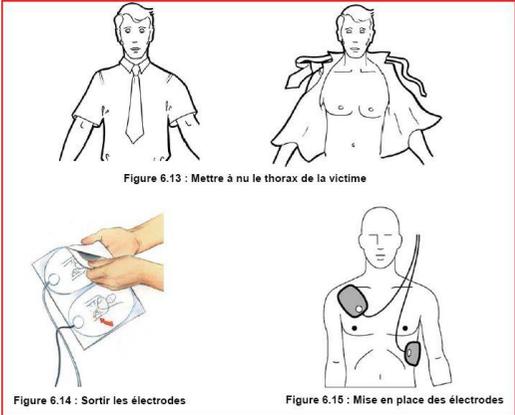
Compressions thoraciques : points clés
 Pour être efficace, la technique des compressions thoraciques doit respecter les points clés suivants :

- S'assurer que la victime est allongée sur le dos et sur un plan dur pour comprimer efficacement le thorax de la victime entre le sternum et la colonne vertébrale ;
- Comprimer verticalement, de 4 à 5 cm, le sternum pour rendre efficace les compressions et limiter le risque de fractures de côtes ;
- Relâcher complètement le thorax entre les compressions pour permettre au cœur de bien se remplir ;
- Effectuer des compressions à une fréquence de 100 fois par minute.

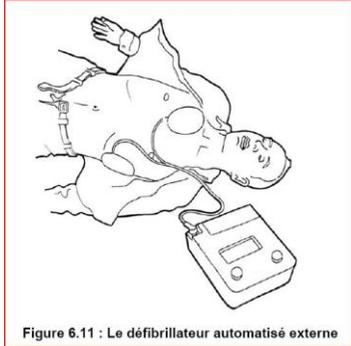


Chaque minute de gagnée dans la mise en place d'un DAE peut augmenter de 10% les chances de survie de la victime.

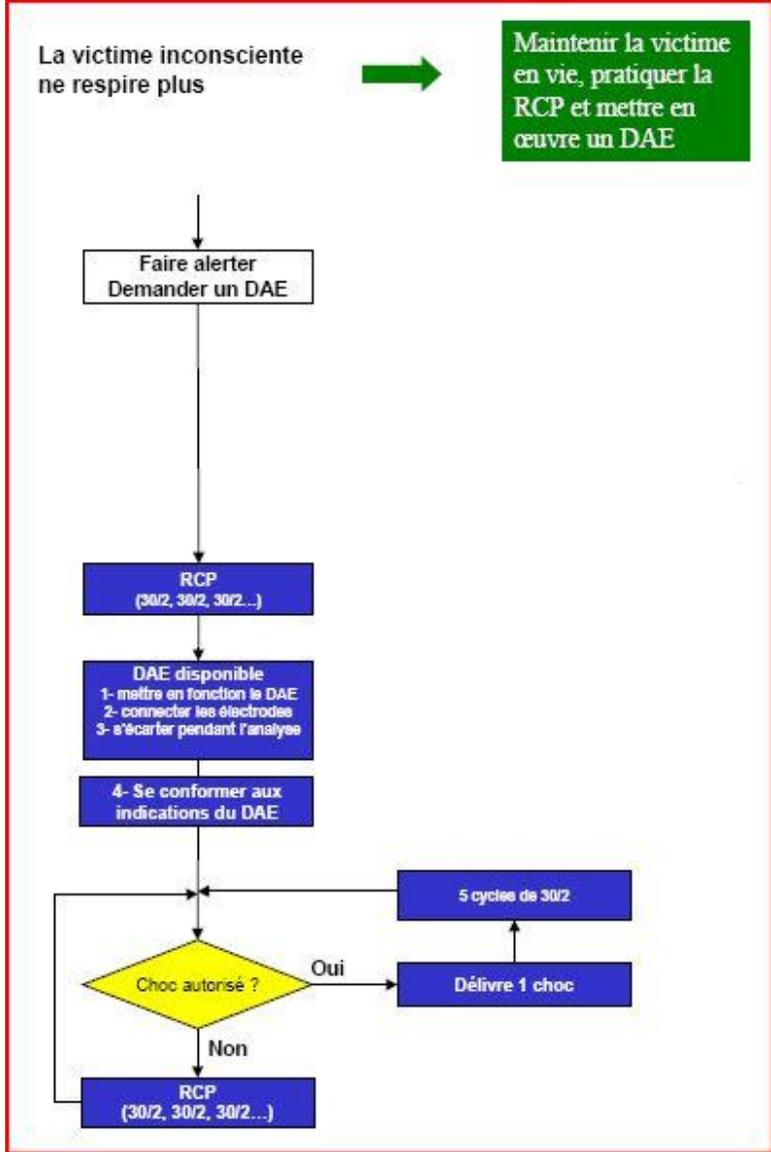
La mise en place du DAE



La position des électrodes doit être conforme au schéma visible sur les électrodes ou sur l'emballage.



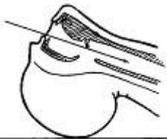
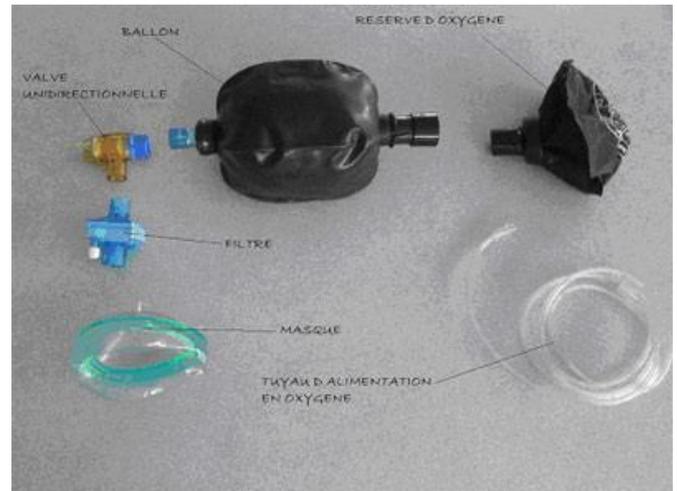
Le DAE doit rester allumé et en place. En aucun cas, le sauveteur ne doit retirer les électrodes de la poitrine de la victime et/ou éteindre le défibrillateur Automatisé Externe.



L'oxygénothérapie

Le lot d'oxygénothérapie permet de traiter les détresses et assistances ventilatoires, il se compose de :

- 1 insufflateur d'O₂ : **B.A.V.U.** : **B**allon **A**uto-remplisseur à **V**alve **U**ni-directionnelle
- 1 valve
- 1 réservoir pour l'O₂
- 1 ou plusieurs masques faciaux : adulte / adolescent / enfant
- 1 filtre
- 1 flexible pour raccorder l'O₂ et le BAVU
- Une bouteille d'O₂



Afin de réaliser une insufflation correcte, il faut d'abord avoir fait un bonne LVA (libération des voies aériennes) en basculant prudemment la tête en arrière et en soulevant le menton.



Ensuite saisir le BAVU au niveau du masque avec la main gauche pour les droitiers et la main droite pour les gauchers (garder la main la plus habile pour comprimer le ballon) et plaquer le masque sur le visage comme suit. La taille du masque doit être adaptée au visage du patient.

L'étanchéité doit être parfaite. Pour ce faire, il faut maintenir le masque comme suit :



Une insufflation efficace entraîne le soulèvement de la cage thoracique et non pas de l'abdomen. Pour éviter ce phénomène, ne pas comprimer brutalement le BAVU, mais progressivement jusqu'à ce que le thorax se soulève.

Lors de l'utilisation du BAVU, l'oxygène (toujours mettre le débit à 15l/min dans le cadre de l'ACR) arrive par le tuyau d'alimentation, puis s'engouffre dans la réserve. Cette réserve permet de cumuler l'oxygène pur. Lors de la décompression du ballon, l'oxygène de la réserve pénètre dans le ballon. Ce processus, assuré par des valves à sens unique, assure une teneur permanente en O₂ dans le ballon de 100%. Ainsi, lors de la compression du ballon, l'O₂ passe dans la valve unidirectionnelle vers le filtre et le masque, donc vers le patient. Ce système assure une teneur en O₂ maximale pour le patient.

Durant la phase expiratoire du patient, l'air part dans la valve unidirectionnelle qui l'évacue vers l'extérieur, protégeant ainsi la pureté de l'air du ballon.

Indications

L'oxygène médical s'administre systématiquement chez une victime qui présente une détresse vitale et dans les autres cas sur indication médicale.

L'oxygène médical est un gaz qui peut aussi être utilisé (sur indication et) en présence d'un médecin pour alimenter un appareil respiratoire ou pour servir de vecteur aux médicaments inhalés par nébulisation. Seules sont désormais utilisables les bouteilles d'oxygène médical normalisées faisant l'objet d'un contrat de location et de maintenance avec un fournisseur autorisé.

Justification

L'oxygène est un gaz compressible. Cette particularité permet de stocker et de transporter une grande quantité d'oxygène comprimé dans des récipients spéciaux – les bouteilles – sous un faible encombrement. Dans ces bouteilles de petites capacités, on peut faire entrer, en comprimant l'oxygène jusqu'à une pression égale à 200 fois la pression atmosphérique (200 fois 1 bar), deux cent fois plus d'oxygène. Par exemple, 1000 litres d'oxygène pris à la pression atmosphérique, n'occuperont plus, une fois comprimés à 200 bars, qu'une capacité de 5 litres.

Pour être administré à une victime, l'oxygène comprimé dans la bouteille doit être détendu et ramené à la pression atmosphérique ambiante à l'aide d'un dispositif fixé sur la bouteille appelé **détendeur**.

Le débit d'oxygène (exprimé en litre par minute ou L/min) administré à la victime est réglé par un appareil appelé **débitmètre**.

Sur les nouveaux modèles de bouteille d'oxygène, tous ces dispositifs sont intégrés dans le capot de la bouteille.

Matériel

La bouteille d'oxygène

Les bouteilles d'oxygène peuvent être de différents volumes : 2, 5 et 15 litres (volume en eau) contenant respectivement pleine et sous pression (200 bars) 0,5 ; 1 et 3 m³ d'oxygène.

Les bouteilles sont blanches (en France), en matière composite, légères, équipées d'une poignée de transport, d'une gaine de protection et d'un chapeau inamovible dans lequel est logé un système de détente et de débitmètre intégré.

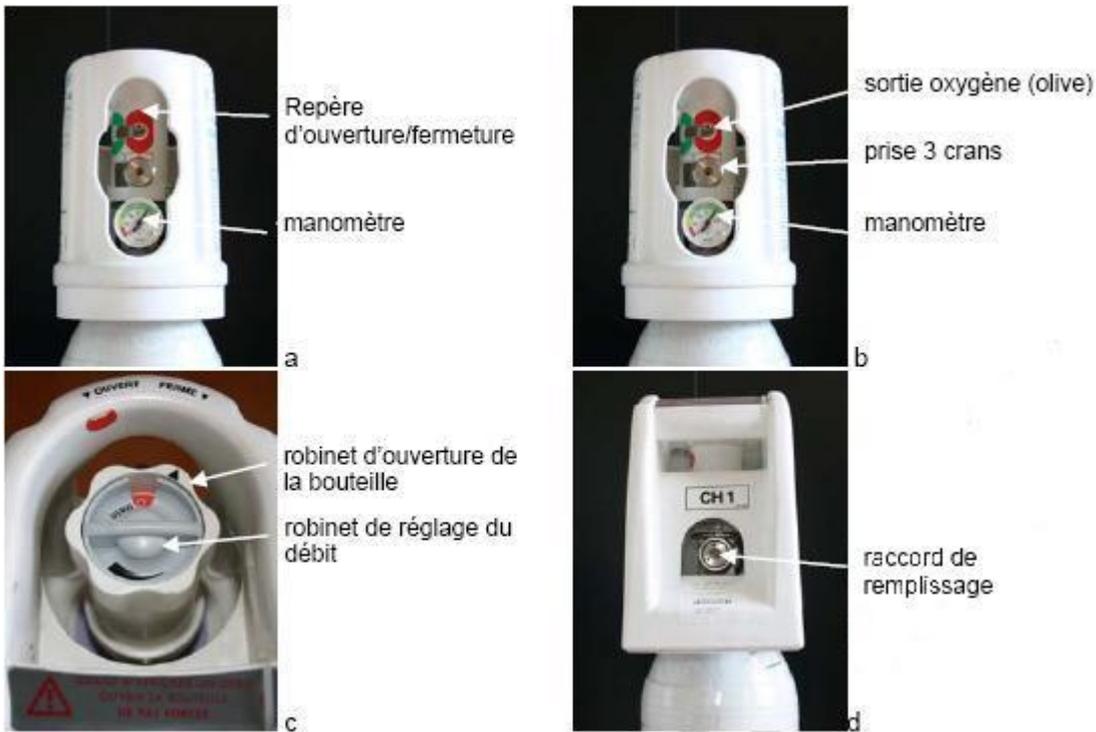
Plusieurs indications sont gravées sur la bouteille en particulier la date de la dernière vérification, la pression maximale d'utilisation et son volume en eau.

Le détendeur-débitmètre intégré

Le détendeur-débitmètre intégré est composé (fig. 5.12) :

- 1- d'un manomètre haute pression avec des plages colorées ; il indique la pression qui règne à l'intérieur de la bouteille ;
- 2- d'une sécurité active, sous forme d'un volet qui empêche tout branchement sur la bouteille lorsque celle-ci est en position fermée ;
- 3- d'un raccord de sortie (olive) qui permet de brancher le tuyau pour alimenter un masque à inhalation ou le ballon-réserve en oxygène d'un insufflateur ;

- 4- d'une prise normalisée à 3 crans pour alimenter un respirateur ou un réseau de distribution d'oxygène interne au véhicule ;
- 5- d'un robinet d'ouverture de la bouteille ;
- 6- d'un robinet qui permet de régler le débit d'utilisation par pallier sur une plage de 0 à 15 l/min ;
- 7- d'une soupape de sécurité tarée à 200 bars ;
- 8- d'un raccord de remplissage spécifique pour le conditionnement chez le fournisseur.



chapeau de la bouteille d'oxygène

L'autonomie

L'autonomie de la bouteille dépend :

- de la quantité d'oxygène disponible déterminée par la pression qui règne à l'intérieur de la bouteille et par le volume en eau de la bouteille,
- de la consommation en oxygène, c'est à dire du débit administré à la victime

Quantité d'oxygène disponible (litre) = Pression (bar) * Volume en eau de la bouteille (litre)

Par sécurité, pour calculer l'autonomie réelle, on retranche 10% à l'autonomie théorique

Par exemple pour une bouteille d'un volume de 5 litres en eau.

Pression bouteille	Débit bouteille	Autonomie de la bouteille
200 bars	15 l/min	
150 bars	15 l/min	
100 bars	15 l/min	
50 bars	15 l/min	

A vous de calculer :

Utilisation

- 1- Ouvrir la bouteille en tournant lentement le robinet d'ouverture (fig. 5.13 a).
- 2- Brancher (fig. 5.13 b) le tuyau d'oxygène du masque à inhalation ou de la réserve à oxygène de l'insufflateur sur l'olive de sortie
- 3- Lors de l'utilisation avec un tuyau d'oxygène branché sur l'olive, régler le débit d'oxygène à administrer à la victime.
- 4- Mettre en place le BAVU et démarrer les insufflations.
- 5- Après chaque utilisation :
 - a. débrancher le tuyau, le respirateur ou le réseau,
 - b. ramener le débitmètre à zéro (débit de 0 l/min),
 - c. fermer la bouteille (fig. 5.13 d).

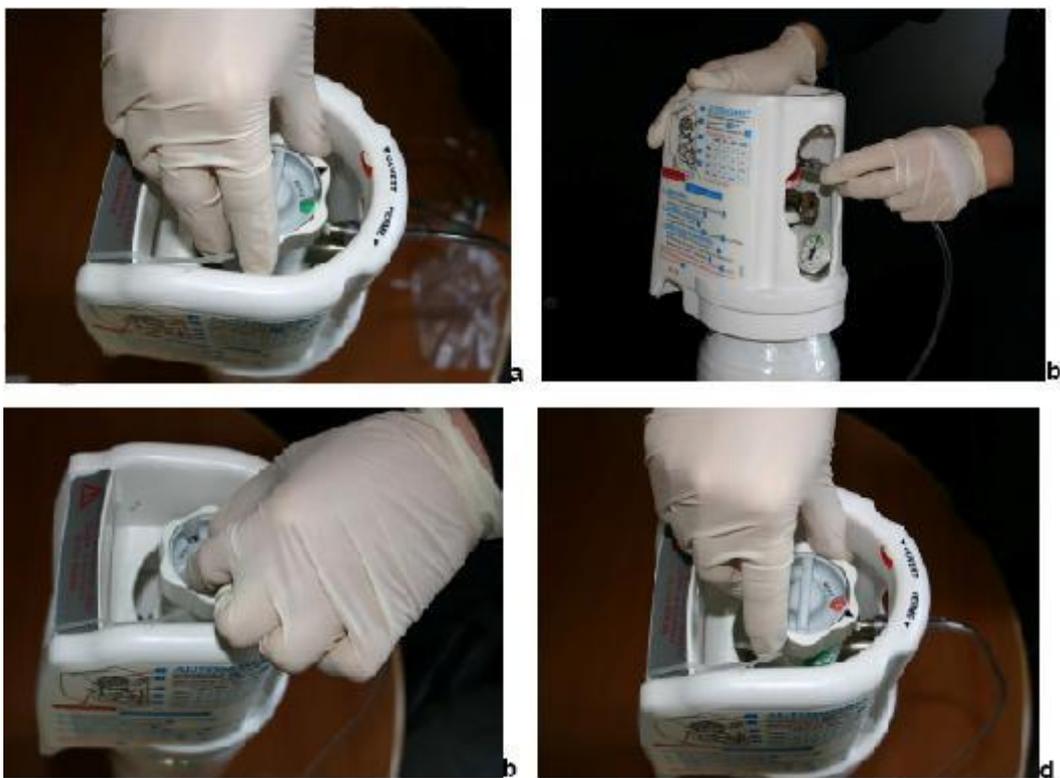


Figure 5.13 : utilisation de la bouteille d'oxygène

La position à adopter pour les insufflations



Risques

En dehors de certains cas qui sortent du domaine de l'urgence, l'administration d'oxygène bien conduite ne peut être nocive à la victime. C'est pourquoi en situation de détresse, l'oxygène est administré largement.

L'oxygène est un comburant qui entretient et active la combustion. Il peut entraîner l'inflammation des corps gras.

Pour éviter tout incident, il faut respecter les consignes suivantes :

Consignes de conservation stockage :

Les bouteilles doivent être protégées des intempéries, des sources de chaleur (température de 50°C et plus) et conservées dans un local aéré ou ventilé, propre et sans matières inflammables.

Les bouteilles pleines et les bouteilles vides doivent être conservées séparément.

Les bouteilles conservées ou transportées doivent être installées dans un emplacement permettant de les protéger des chutes et des chocs.

Les bouteilles supérieures à 5 litres doivent être maintenues en position verticale, robinet fermé.

Il ne faut jamais nettoyer les bouteilles avec des produits combustibles, spécialement des corps gras

Consignes de manipulation et d'utilisation :

NE JAMAIS GRAISSER NI LUBRIFIER UNE BOUTEILLE D'OXYGENE.

vérifier le bon état du matériel avant utilisation,

vérifier la date limite d'utilisation de l'oxygène figurant sur le conditionnement,

vérifier la date de ré-épreuve de l'emballage gravée sur la bouteille,

manipuler le matériel avec des mains propres, exemptes de graisse,

utiliser des tuyaux de raccordement spécifiques à l'oxygène,

ne pas fumer, ne pas s'approcher d'une flamme, d'un générateur d'aérosol (laques,

désodorisants...) de solvants (essence, alcool...).

Evaluation

En cas de doute, vérifier que l'oxygène est bien délivré à la sortie du tuyau venant de la bouteille. Pour cela, écouter le bruit généré par la sortie du gaz et pincer l'extrémité du tuyau une à deux secondes, puis le relâcher. On perçoit ainsi le bruit sec lié à la sortie brutale de l'oxygène comprimé dans le tuyau pendant le temps où ce dernier est resté pincé.

Initiation à l'utilisation du DAE

(Défibrillateur automatisé externe)

Actions du Sauveteur

Pendant que les sauveteurs pratiquent une réanimation cardio-pulmonaire, il sera profitable à la victime qu'ils utilisent un DAE.

Si un deuxième sauveteur est présent sur les lieux, il poursuivra ou débutera la RCP pendant la mise en place du défibrillateur. *Dès que le défibrillateur est disponible :*

- Mettre le défibrillateur en fonction en appuyant sur le bouton marche / arrêt,
- Suivre impérativement les indications vocales et / ou visuelles données par l'appareil.

• Le DAE demande de mettre en place les électrodes et de les connecter.

Connecter les électrodes :

- Enlever ou couper, à l'aide d'une paire de ciseaux, les vêtements recouvrant la poitrine de la victime si nécessaire,
- Sortir les électrodes de leur emballage,
- L'une après l'autre, enlever les pellicules de protection et coller chaque électrode, en appuyant fermement sur le **thorax nu** de la victime.

La position des électrodes doit être conforme au schéma visible sur les électrodes ou sur leur emballage.

NB : Si la poitrine de la victime est humide ou mouillée, la sécher en utilisant les compresses ou le papier absorbant. Si la poitrine de la victime est particulièrement velue, raser la zone où les électrodes seront collées en utilisant le rasoir jetable.

Une fois connecté, le défibrillateur effectue une analyse du rythme cardiaque.

• Le DAE lance l'analyse du rythme cardiaque et demande de ne pas toucher la victime.

- Respecter les recommandations sonores et éventuellement visuelles de l'appareil.
- S'assurer que personne ne touche la victime lorsque l'appareil analyse le rythme cardiaque car tout mouvement de la victime pendant cette période peut fausser l'analyse.

Si le choc est nécessaire :

• Le DAE annonce qu'un choc est indiqué et demande de se tenir à distance de la victime.

• S'assurer que personne ne touche la victime ; pour cela, le sauveteur annonce à haute voix :

« **Ecartez vous !** ».

• Laisser le DAE déclencher le choc électrique ou appuyer sur le bouton « choc » clignotant quand l'appareil le demande.

• Le DAE délivre le choc.

• **Débuter ou reprendre sans délai les manoeuvres** de réanimation cardio-pulmonaire en commençant par les compressions thoraciques. Ne pas retirer les électrodes de défibrillation.

• Continuer à suivre les recommandations de l'appareil.

Si le choc n'est pas nécessaire :

Le DAE propose de réaliser les manoeuvres de RCP :

- Débuter ou reprendre immédiatement **les manoeuvres de réanimation cardio-pulmonaire en commençant par les compressions thoraciques**, ne pas retirer les électrodes de défibrillation ;
- Continuer tout en suivant les recommandations du défibrillateur.

Le défibrillateur peut demander d'arrêter la RCP pour réaliser une nouvelle analyse ou demander de rechercher des signes de vie.

Continuer à suivre les recommandations du DAE jusqu'à :

- L'arrivée des secours,
- L'apparition de signes de vie qui imposeront l'installation de la victime en PLS et la surveillance permanente de sa respiration.

Le défibrillateur automatisé externe doit rester allumé et en place.

En aucun cas, le sauveteur ne doit retirer les électrodes de la poitrine de la victime et/ou éteindre le défibrillateur automatisé externe.



Les numéros d'appels d'urgence en France



Tout citoyen français se doit de connaître les quatre numéros d'urgence :

15
Samu

17
Police/Gendarmerie

18
Sapeurs-Pompiers

112
Numéro Européen

Cette fiche permet de faire le point sur ces quatre services.

Faire appel aux services de Secours est un droit reconnu à chaque victime. C'est aussi un devoir qui s'impose à toute personne témoin de la détresse d'autrui.

Enfin, un petit mot sur le 1616 (secours en mer) conclura cette fiche.



SAMU



Que se passe t'il quand votre appel arrive au Centre 15 ?

Le Permanencier Auxiliaire de Régulation médicale (PARM) prend en compte l'ensemble des données de localisation. Puis transmet les appels concernant une urgence médicale au médecin régulateur.

Centre 15, SAMU, SMUR ?

Le **Centre de Réception et de Régulation des Appels** (CRRA15), ou Centre 15, est une centrale d'appels située au sein du SAMU. Son rôle est de coordonner toute l'Aide Médicale Urgente au niveau départemental.

Le **Service d'Aide Médicale Urgente** (SAMU) assure une écoute médicale urgente permanente, déclenche la réponse la mieux adaptée à l'état du patient (du simple conseil médical à la sortie d'un SMUR) ; en cas de prise en charge du patient, prépare et organise son accueil dans l'établissement de santé. Il participe également à l'élaboration et au déroulement des plans de secours (plan ORSEC, plan rouge), ainsi qu'à la formation aux urgences des professionnels de santé.

Les **Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation** (SMUR) assurent une délivrance des soins sur place ou le transport médicalisé des patients entre le domicile ou le lieu de l'accident et l'établissement de soins. Ces véhicules sont des structures capables d'assurer la prise en charge et la mise en condition de transport d'un blessé grave. L'équipage se compose au minimum d'un ambulancier CCA, d'une infirmière et d'un docteur en médecine ayant une expérience en réanimation et urgence. Un bulletin d'informations a pour but de donner des nouvelles ciblées à un public particulier. Les bulletins peuvent être un excellent moyen de faire de la publicité à votre produit ou service et également d'asseoir votre crédibilité et de faire connaître l'identité de votre société parmi vos pairs, membres, employés ou prestataires.



POLICE GENDARMERIE



Que se passe t'il quand vous composez sur votre téléphone le 17 ?

Si vous appelez depuis un téléphone fixe, vous êtes mis en communication avec la brigade de gendarmerie compétente, ou le commissariat compétent si vous êtes en Zone Police Nationale. C'est normalement aussi le cas si vous appelez d'un téléphone portable, quoique vous puissiez aussi être dirigés sur le COG (Centre Opérationnel de la Gendarmerie), qui vous passera la brigade ou le commissariat compétent.

Sauf exception, après 18h ou 19h (suivant les départements), que vous vous présentiez au portail d'une brigade, ou que vous appeliez le 17 ou le numéro d'une brigade, d'un téléphone fixe ou d'un portable, vous êtes mis en communication avec le COG, où des gendarmes ayant l'expérience du travail de brigade décident de la suite à donner : vous conseiller, vous informer, réveiller un planton couchant pour vous accueillir dans les locaux d'une brigade, ou encore envoyer une patrouille.

Dans les brigades qui n'assurent pas de veille (environ un tiers), un planton se tient en liaison avec le COG afin que tous les militaires présents, bien qu'en situation de repos, puissent être, le cas échéant, rappelés pour faire face à un événement grave (mise en œuvre du plan Orsec, recherche de personnes, etc.).

COG ?

Le **Centre Opérationnel de la Gendarmerie** (COG) est le principal centre de communication de la gendarmerie d'un département. Il maintient des contacts réguliers avec les COG des départements limitrophes, la préfecture, les polices nationale, municipale ou étrangères, les services des Douanes, le Parquet, les maires, les administrations... Les contacts les plus fréquents sont ceux avec les sapeurs-pompiers, qui côtoient les gendarmes sur la plupart des interventions. Une fois sur les lieux, les gendarmes tiennent le COG informé du déroulement de l'intervention. Si nécessaire, le Centre opérationnel envoie des renforts.





Opérationnel depuis le Décret du 09 février 1928, le 18 est un numéro unique et gratuit qui permet de joindre les Sapeurs Pompiers partout en France. L'appel est centralisé vers un centre de réception du 18 : le Centre de Traitement de l'Alerte (CTA)

Que se passe-t-il quand votre appel arrive au CTA ?

Le Centre de Secours est alors contacté par le biais d'un système informatique où est mentionnée la disponibilité des moyens de secours. Les pompiers interviennent pour gérer les prompts secours, les accidents sur la voie publique, les incendies, les explosions, les effondrements... tous les autres appels seront basculés par le stationnaire du CTA vers le service compétent, Centre 15, Police, Gendarmerie, services autoroutiers, DDE (routes nationales), gestion des routes du conseil général (routes départementales), les CROSS, ...

SDIS, CODIS, CTA ?

Le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) est le nom de l'administration départementale qui "gère" les sapeurs-pompiers. C'est un Etablissement Public Autonome (budget propre, conseil d'administration propre) de l'administration territoriale. Font partis du SDIS les Centres d'Intervention et de Secours (CIS), le ou les CTA et le CODIS.

Le CODIS (Centre Opérationnel Dal d'Incendie et de Secours) est :

- L'organe de coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours du département;
 - Immédiatement informé de toutes les opérations en cours et régulièrement renseigné sur l'évolution de la situation jusqu'à la fin des opérations;
 - Placé sous l'autorité du directeur départemental des services d'incendie et de secours;
 - Chargé, en cas d'incendie et autres accidents, sinistres et catastrophes, d'assurer les relations avec le Préfet et, en accord avec lui, de renseigner les autorités départementales et municipales ainsi que les autres organismes publics ou privés qui participent aux opérations de secours.
- Le CTA (Centre de Traitement de l'Alerte) est chargé :
- de recevoir, d'authentifier et d'enregistrer les demandes de secours, qu'il doit réorienter si

nécessaire sur le centre « 15 »;

- de répercuter les appels sur les centres de secours territorialement compétents en vue de l'envoi des premiers secours;
- en liaison avec les centres de secours, et dans le cadre des instructions permanentes du directeur départemental des services d'incendie et de secours, d'alerter les services publics susceptibles d'être concernés par les appels reçus
- d'informer le centre « 15 » dans les cas où les situations dont il a connaissance nécessitent la mise en œuvre de secours relevant de l'aide médicale urgente;
- de rendre compte au CODIS des appels reçus et des mesures prises par les centres de secours, en vue du déclenchement éventuel des différentes procédures d'alerte et de l'envoi de moyens de secours supplémentaires.



Mis en place à la suite d'une Décision européenne en 1991, le 112 permet de contacter les secours médicaux, les pompiers ou les forces de l'ordre dans tous les Etats membre de l'Union Européenne.

A savoir, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède.

Historique

Face à l'augmentation des déplacements au sein de la Union Européenne, tant privés que professionnels et aux vues des divergences de numéro d'appels d'urgence entre les pays européens, le Conseil, a émis en 1989, la nécessité d'introduire un numéro unique.

Le 29 juillet 1991, une Décision, rend obligatoire la création du 112 pour l'ensemble des pays de l'Union.

La mise en place de ce numéro n'a pas été simple partout, par exemple en France, il a été nécessaire d'attendre le remplacement des autocommutateurs téléphonique lors du passage à 10 chiffres.

Le 112 est maintenant effectif dans tous les pays de l'Union depuis le 01 janvier 1997.

Fonctionnement

Le 112 permet donc de joindre les services d'urgences dans tous les pays de l'Union Européenne à partir d'un téléphone fixe ou mobile. Il ne se substitue néanmoins aucunement aux numéros d'appels nationaux.

En effet, leur remplacement n'est pas paru utile et aurait engendré des coups de transferts beaucoup trop importants.

Pour les utilisateurs nationaux, les numéros habituels restent la solution la plus adaptée.

Que se passe-t-il quand vous composez sur votre téléphone le 112 ?

Lorsque que vous faites ce numéro, vous êtes automatiquement dirigé vers un centre de réception du 18 ou du 15 en fonction des départements ; l'interconnexion des services permet de transmettre en temps réel l'alerte au service directement concerné par l'appel.

Dans les pays étrangers, c'est la langue nationale qui prévaut, cependant les opérateurs sont de plus en plus formés pour recevoir les appels en anglais. En France, la plupart des opérateurs sont aidés par un Service de Traducteurs d'Urgence (STU) qui est en réalité, un réseau de téléphones portables de traducteurs joignables 24h/24

Enfin, comme tous les numéros d'appel d'urgence, le 112 est gratuit et l'appel à partir d'un téléphone mobile est prioritaire sur les autres communications, vous pouvez donc contacter les services d'urgences même si le réseau est saturé.

Si vous vous trouvez à l'extérieur de la zone de couverture de votre opérateur, lors d'un appel 112, votre téléphone portable sera capable d'utiliser le réseau d'un autre opérateur pour transmettre la communication urgente.



Depuis le 1er juillet 2004, le numéro d'appel unique 1616 permet aux usagers, lorsqu'ils sont témoins d'un événement maritime ou inquiets au sujet d'un proche qui se trouve en mer, de contacter à partir d'un **téléphone portable**, le **centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage (CROSS)**, pour donner l'alerte.

Le 1616 constitue ainsi le meilleur moyen pour appeler les secours depuis le littoral.

Ce numéro d'appel est toutefois un moyen d'alerte complémentaire qui ne doit pas se substituer à la VHF pour les navigateurs qui se trouvent en mer. En effet, la veille permanente sur le canal radio VHF 16 facilite la localisation des navires en détresse et permet aux sauveteurs de communiquer avec les personnes qui réclament une assistance.

TEXTES DE REFERENCE (lois et décisions européennes)

- Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
- Décision du Conseil, du 29 juillet 1991, relative à la création d'un numéro d'appel d'urgence unique européen.
- Décision n° 2002-1179 du 19 décembre 2002 établissant la liste des numéros d'urgence devant être acheminés gratuitement par les opérateurs de télécommunications autorisés.

© Secourisme.info – 2007 - Reproduction autorisée sans modification.

CONCEPTION

Rédaction et Validation :
Groupe de travail Secourisme.info

Coordination :
Céline PERES
celinette@secourisme.info

Le message d'alerte au CROSS

V.H.F - Canal 16

(Valable pour tout plongeur, qu'il soit en mer, revenu à quai ou au centre de plongée, le CROSS agit sur une partie de la bande littorale. Si l'accident survient dans les terres, en carrière par exemple, l'alerte sera passée par téléphone au 15).

Message d'urgence absolue: MAYDAY – MAYDAY – MAYDAY

Urgence: PAN-PAN – PAN-PAN – PAN-PAN

CROSS CORSEN – CROSS CORSEN – CROSS CORSEN

de LAGUNAK – LAGUNAK - LAGUNAK

Attendre la réponse...

Le CROSS va vous proposer de dégager sur un autre canal pour gérer le cas (exemple canal 11).

- Une fois sur ce nouveau canal, reprenez votre message d'alerte (PAN-PAN de LAGUNAK).
- Attendez confirmation de bonne réception par le CROSS.
- Passez votre message d'alerte.
- Suivez les instructions du CROSS.

Si un mot n'est pas compris par votre interlocuteur ou afin d'épeler un nom propre, vous allez devoir utiliser l'alphabet phonétique international, qui va vous permettre d'épeler chaque lettre du mot.

A lpha	F ox-trot	K ilo	P apa	U niform	Z oulou
B ravo	G olf	L ima	Q uébec	V ictor	0 - Zéro
C harlie	H ôtel	M ike	R omeo	W hisky	1 - Un tout seul
D elta	I ndia	N ovember	S ierra	X -ray	2 - Un et un
E cho	J uliet	O scar	T ango	Y ankee	3 - Deux et un
					4 - Deux fois deux
					5 - Trois et deux
					6 - Deux fois trois
					7 - Quatre et trois
					8 - Deux fois quatre
					9 - Cinq et quatre

Exemple : Serge s'épelle Sierra – Echo –Romeo – Golf – Echo

LE CROSS (Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage)

- **CROSS GRIS-NEZ** => de la frontière Belge au Cap d'Antifer (Manche est – Pas de Calais) : **Tel: 03 21 87 21 87**
- **CROSS JOBOURG** => Casquet et navigation côtières (Manche centrale) : **Tel: 02 33 52 16 16**
- **CROSS CORSEN** => du Mont st Michel à la pointe de Penmarc'h (Manche ouest) : **Tel: 02 98 89 31 31**
- **CROSS ETEL** => de Penmarc'h à la frontière Espagnole (Atlantique) : **Tel: 02 97 55 35 35**
- **CROSS MED** => Méditerranée **Tel: 04 94 61 71 10**

Protéger - Alerter - Secourir

En tant que sauveteur, vous êtes le 1^{er} maillon de la chaîne d'intervention sur une victime, votre rôle est déterminant dans la suite des événements.

- Mise en sécurité de l'accidenté.
- Récupération et gestion des autres plongeurs de la palanquée.
- Coordination et partage des différentes opérations liées à l'accident.
- Prise en compte des plaintes et malaises de la victime et évaluation des fonctions vitales, effectuer un bilan complet :

- **Bilan circonstanciel** : de quoi s'agit-il, que s'est-il passé, nombre de victime(s), mise en sécurité pour éviter le suraccident.

- **Bilan vital** :

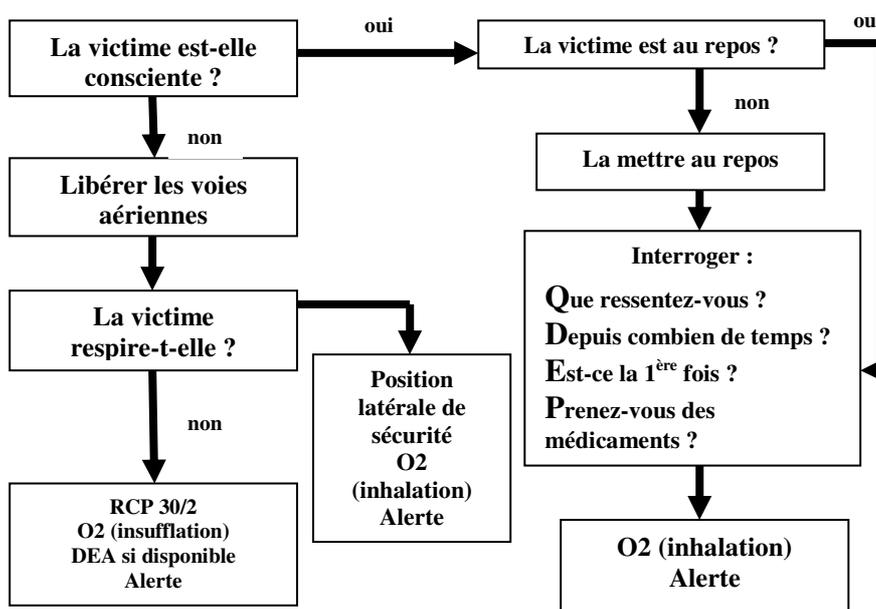
- Hémorragie ?
- S'étouffe ?
- Conscience ?
- Ventilation ?
- Circulation ?

- **Bilan lésionnel**

- Malaise ?
- Traumatisme ?

- **Bilan fonctionnel**

- Fonction nerveuse
- Fonction respiratoire
- Fonction circulatoire



Tiré du livret RIFAP - FFESSM

- Exposer le problème au coordinateur
- Remplir la fiche d'évacuation :
 - Paramètres de plongée
 - Premiers signes constatés
 - Premières mesures prises
- Rédiger le message d'alerte :
 - **Qui je suis.**
 - **Où je suis.**
 - **Ce que je vois** : préciser si l'on suspecte un accident de plongée, le nombre de victimes, l'état de la victime.
 - **Ce que je fais** : premières mesures prises et gestes effectués.

- **Alerter les secours :**

Le message d'alerte au CROSS (voir au dos de cette fiche)

V.H.F - Canal 16

- ✓ Les urgences au **15** de n'importe quel téléphone.
- ✓ Le **1616** depuis un portable.

Pour information : Caissons hyperbares (Toutes les infos sur <http://www.medsubhyp.com/>)

Caisson de Brest : 02.98.34.70.98

Caisson d'Angers : 02.41.35.36.64

Informations et conseils pour la prévention du dopage

PRÉAMBULE

L'article L.231-5 du code du sport prévoit que :

« les fédérations sportives veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet les dispositions nécessaires, notamment en ce qui concerne les programmes d'entraînement et le calendrier des compétitions et manifestations sportives qu'elles organisent ou qu'elles autorisent. Elles développent auprès des licenciés et de leur encadrement une information de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants avec l'appui des antennes médicales de prévention du dopage.

Les programmes de formation destinés aux cadres professionnels et bénévoles qui interviennent dans les fédérations sportives, les clubs, les établissements d'activités physiques et sportives et les écoles de sport comprennent des actions de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants »

Dans ce cadre, la CMPR et la CTN proposent une information visant à prévenir l'utilisation des substances et produits dopants.

PERSONNES CONCERNEES

Même si notre fédération semble relativement préservée à ce jour par le dopage (source DRJS), il n'en reste pas moins que nos encadrants, nos licenciés ayant à développer des qualités physiques et les médecins fédéraux doivent connaître la loi et pouvoir informer sur le sujet et apporter des conseils auprès des licenciés.

De plus, les médecins fédéraux se doivent d'aider les sportifs malades ou blessés à obtenir une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) de certains médicaments interdits.

DEFINITION DU DOPAGE

Devant la difficulté de trouver une définition du dopage, celle-ci est actuellement remplacée par une liste de substances ou procédés qui sont interdits. Leur usage lors des compétitions ou des entraînements est considéré comme du dopage et donc réprimé.

Il faut cependant savoir que l'intention de dopage n'est pas prise en compte. Il peut donc y avoir.

- dopage par méconnaissance, lors de l'automédication ou de la prescription d'un traitement. Le sportif est censé s'assurer que les médicaments prescrits lors d'une pathologie ou en vente libre, sont autorisés (art 2 de l'arrêté de 2004),
- dopage par traitement justifié d'une pathologie réelle (asthme par exemple), s'il n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation d'usage,
- dopage par usage ludique de substances comme le cannabis ou l'alcool.

Ceci sans que la volonté de dopage soit patente, ni que l'efficacité positive sur les performances soit prouvée.

La France reconnaît la liste de référence adoptée par le groupe de suivi de la Convention contre le Dopage du Conseil de l'Europe. Cette liste est élaborée par l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) et adoptée par le CIO. A ce titre, un arrêté est pris par les Ministres chargés des Sports et de la Santé (selon l'art 3631-1 du code de la santé publique) et publiée au JORF (arrêté du 25 mars 2005 publié au JORF du 7 avril 2005 modifiant l'arrêté du 20 avril 2004, et tout dernièrement le décret 2007-41 du 11 janvier 2007).