



Formation continuée BSSA - 2022

Premiers Soins



Rédaction : S. Verdonck

Réécriture : J. Paques

Prises de vue : V. Henry, v. Lahaye, Ph. Verhelst

Figurants : Ch. Dohn, M. Duvieusart, A. Mayo, S. Verdonck, M. Colmant, O. Clerens, N. Clerens.

Avec la contribution de **La Commission de Formation de la LFBS** composée de N. Benoit, A. Henrard, J.-P. Leruth, A. Vidal, P. Quodbach, D. Ulweling, S. Verdonck, Ph. Verhelst, J.-L. Carlier, L. Alofs, A. Rondeau, J. Pâques, I. Neuenschwander, F. Dumont

Editeur : ASBL « Ligue Francophone Belge de Sauvetage » - Place des Sports, 1 - 1348 Louvain-la-Neuve

Tel : 010/45.75.45

www.lfbs.org // contact@lfbs.org // www.facebook.com/LigueFrancophoneBelgedeSauvetage

Formation reconnue par la D.G. Sport de la F.W.B.



Copyright : 2022 by Ligue Francophone Belge de Sauvetage ASBL - Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce cours par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans autorisation de l'auteur

Table des matières

Premiers Soins.....	1
La position latérale de sécurité (PLS).....	3
Quand placer une victime en PLS ?.....	3
Comment placer une victime en PLS	3
Particularité pour la femme enceinte	4
Exemple de questions à poser à une victime.....	5
L'hyperventilation.....	5
Comment reconnaître la crise d'hyperventilation ?.....	5
Comment différencier la crise d'asthme de la crise d'hyperventilation ?	6
Comment prendre en charge la crise d'hyperventilation ?	6
Crampes	7
Comment reconnaître la crampe ?	7
Comment prendre en charge la crampe ?.....	7
La crise d'épilepsie	8
Quels signes remarquez-vous ?	8
Comment devez-vous réagir ?	8
L'état de choc.....	9
Signes.....	9
Comment soigner les différents états de choc ?.....	10
Les lésions cervicales.....	13
Données anatomiques	13
Les lésions de la colonne cervicale.....	13
Signes.....	14
Comment soigner ?.....	15
Les traumatismes crâniens	16
Les commotions cérébrales.....	16
La fracture du crâne.....	17
Les sorties d'eau en cas de lésions cervicales	19
Sans matériel.....	19
Avec matériel.....	19

La position latérale de sécurité (PLS)

Quand placer une victime en PLS ?

La position latérale de sécurité est à utiliser lorsqu'une victime inconsciente **respire** spontanément et que vous devez la **quitter** (pour appeler les secours, aider une deuxième personne, etc).

Cette position offre l'avantage :

- De maintenir les voies respiratoires de la victime dégagées,
- De permettre l'écoulement des vomissures vers l'extérieur (protection des voies respiratoires et des poumons),
- De placer la victime dans une position stable,
- De limiter le risque d'hypothermie en réduisant la surface de contact avec le sol



Victime placée en PLS

Comment placer une victime en PLS

1. Retirez les lunettes de la victime et veillez à ce que les jambes de la victime soient étendues
2. Agenouillez-vous à côté de la victime, à droite par exemple
3. Placez le bras droit de la victime, épaule et coude à 90°, paume vers le haut
4. Posez le dos de sa main gauche contre sa joue droite



5. Maintenez la main gauche de la victime avec votre main gauche (paume contre paume)
6. De la main droite, saisissez le genou gauche de la victime et fléchissez-le à 90°
7. Tirez le genou gauche de la victime vers vous pour la faire rouler
8. Vérifiez la stabilité de la victime et plaçant sa jambe avec un angle droit (90°) au niveau de la hanche et du genou
9. Placez sa tête en extension, orientée vers le bas, bouche ouverte



Particularité pour la femme enceinte

La femme enceinte sera placée en PLS sur son côté gauche, et ce afin d'éviter la compression de la veine cave par l'utérus. Le retour sanguin ne sera donc pas entravé.

Exemple de questions à poser à une victime

Voici un exemple de questions à poser à une victime afin de réaliser un bon bilan secondaire.

S	Quels sont les symptômes de la victime ?
A	La victime, a-t-elle des allergies ?
M	La victime, prend-elle des médicaments ?
P	La victime, a-t-elle un passé médical ?
L	La victime, a-t-elle pris un lunch récemment ?
E	Y a-t-il un événement ayant causé le problème ?

L'hyperventilation

La crise d'hyperventilation est une perturbation du fonctionnement du système respiratoire. Cette crise, souvent associée à une situation de stress, peut amener à d'autres troubles tels que des crises de tétanie ou de spasmophilie.

La crise de tétanie aussi appelée crise de spasmophilie se traduit par une hyperexcitabilité musculaire consécutive à une hyperventilation. Lors d'une crise aiguë d'hyperventilation, les patients respirent plus rapidement parfois sans en avoir conscience. Le volume d'air inspiré et expiré est alors supérieur à la normale. La chute brutale du niveau de CO₂ dans le sang, appelée hypocapnie, induit une inhibition de centre nerveux respiratoire et peut être responsable d'un ralentissement, voire d'un arrêt de la respiration.

La crise d'hyperventilation peut se manifester lors d'une crise d'angoisse nommée aussi « attaque de panique ».

Comment reconnaître la crise d'hyperventilation ?

- Respiration superficielle et rapide.
- Agitation et angoisse.
- Fourmillements au niveau des doigts et du visage.
- Sensation de vertiges et d'évanouissement.
- Apparition de crampes musculaires.

Comment différencier la crise d'asthme de la crise d'hyperventilation ?

La respiration d'une victime d'hyperventilation est **accélérée** (fréquence respiratoire élevée) et **superficielle** (faible volume respiratoire). Cette respiration peut être comparée à celle d'un chien essoufflé (« faire le petit chien »).

La respiration d'un asthmatique en crise est quant à elle caractérisée par une fréquence respiratoire et un volume respiratoire « normaux ». Par contre, au niveau sonore, un sifflement est souvent perceptible.

Comment prendre en charge la crise d'hyperventilation ?

Sécurité

Souvent, la crise d'hyperventilation est déclenchée par un facteur stressant.

- Identifier le facteur stressant.
- Amener la victime dans un endroit calme, ou faire écarter le public.
- (Faire) Prévenir le(s) collègue(s) et si nécessaire, évacuer la piscine (si le surveillant-sauveteur travaille seul et que la prise en charge demande toute son attention).

Appel des secours

- Appeler les secours si l'état de la victime ne s'améliore pas ou s'aggrave.

Traiter la crise d'hyperventilation

- Parler calmement à la victime et la rassurer.
- Questionner la victime sur la fréquence, l'évolution habituelle (...) de ses crises.
- Parler doucement et avec fermeté à la victime afin de la calmer.
- Placer la victime de manière à fixer ses épaules : assise, le tronc penché vers l'avant, les mains sur les genoux.
- Encourager la victime à obtenir une respiration régulière, calme et profonde.
- Respirer avec elle pour lui imposer un rythme plus lent.
- Lui proposer de respirer dans un sac (bonnet de natation) afin de recapter du CO₂.



Figure 1 : Respirer dans un sac plastique

Crampes

Comment reconnaître la crampe ?

Contraction involontaire et douloureuse d'un muscle. Cette contraction peut être induite par :

- Une carence hydrique.
- Une fatigue musculaire.
- Un maintien prolongé d'une position.
- Une perturbation de l'homéostasie (maladie, médicaments, etc).



Comment prendre en charge la crampe ?

Sécurité

- (Faire) Prévenir le(s) collègue(s).
- Stopper l'activité physique.

Appeler les secours

Dans le cas d'une crampe, il n'est pas nécessaire d'appeler les secours.

Donner les soins lors d'une crampe

- Réaliser un étirement lent et progressif du muscle douloureux.
- Éventuellement, effectuer un massage et appliquer de la chaleur sur le muscle douloureux.

La crise d'épilepsie

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique qui se définit par la survenue répétée de crises d'épilepsie (non provoquées). Le système nerveux est constitué de cellules appelées « neurones », qui ont la particularité de communiquer entre elles par des petits courants électriques. Dans le cerveau, cette activité électrique est détectable par l'électroencéphalogramme (EEG). Lors d'une crise d'épilepsie, un très grand nombre de neurone émettent en même temps une activité électrique anormale, excessive. La crise est un événement transitoire, qui ne dure habituellement pas plus de 3 minutes.¹

Quels signes remarquez-vous ?

- Perte de conscience brutale et temporaire,
- **Phase tonique** : raidissement de tout le corps, apnée, visage bleu,
- **Phase clonique** : secousses rythmiques du tronc et des membres, présence de mousse aux lèvres, perte d'urine et de selles,
- **Phase post-critique** : retour progressif à la conscience.

Il est fréquent qu'un épileptique en crise ne développe pas l'ensemble de ces 4 phases.

Comment devez-vous réagir ?

Sécurité

- Au moment des convulsions, veillez à éviter que la victime ne se blesse en retirant les objets auxquels elle pourrait se heurter,
- Ne placez pas d'objet dans la bouche de la victime. Celui-ci peut engendrer des lésions.

Secours (112)

- Appelez les secours s'il s'agit d'une première crise, si la phase d'agitation (clonique) dure plus de quelques minutes (2 – 3 minutes), si la crise recommence.

Soins

- Ne tentez pas d'immobiliser la victime durant la phase d'agitation (clonique) : vous risquez de prendre un mauvais coup et d'entraîner des lésions osseuses ou musculaires chez la victime,
- Si nécessaire, nettoyez et dégagez les voies respiratoires pendant la phase de relâchement,
- Vérifiez régulièrement les fonctions vitales de la victime (test de conscience + VES),
- Placez la victime en position latérale de sécurité et couvrez-la.

¹ Ligue francophone belge contre l'Epilepsie, 2023

L'état de choc

L'état de choc est une défaillance importante du système circulatoire qui provoque une diminution de la perfusion des tissus (diminution de l'apport sanguin aux tissus et donc de l'oxygénation des tissus). L'organisme subit alors une détresse cellulaire grave ².

Les conditions indispensables à une bonne perfusion des tissus sont de trois ordres :

1. Une pompe (le cœur) qui fonctionne bien ;
2. Des vaisseaux sanguins en état ;
3. Un volume suffisant de sang oxygéné dans le système.

Toute chute de pression dans le système engendrera un état de choc. Les situations provoquant un état de choc sont donc les suivantes :

- Une diminution de la quantité de liquide sanguin due à une hémorragie (choc hypovolémique).
- Une défaillance du cœur due, par exemple, à un infarctus (choc cardiogénique).
- Une infection généralisée due à la libération de toxines qui engendrent une dilatation excessive des vaisseaux sanguins d'où une diminution de la tension (choc septique).
- Une atteinte nerveuse (cérébrale ou de la moelle épinière) provoquant une dilatation des vaisseaux (choc spinal).
- Une réaction allergique à certains produits (piqûres...) qui provoquent aussi une dilatation des vaisseaux (choc anaphylactique). Il y a fuite de liquide depuis la circulation vers les tissus : chute de la pression artérielle. Un œdème au niveau du cou est également possible ce qui augmente les risques de problème respiratoire.

Certains facteurs générateurs de stress peuvent aggraver l'état de choc. **Le froid** provoque une accentuation de la vasoconstriction et contribue à diminuer encore plus l'oxygénation des cellules. **Une vive émotion** (la vue d'un proche blessé...) peut également accentuer le phénomène. **La douleur** est également un facteur aggravant.

Signes

- Diminution progressive de la vigilance et de la conscience.
- Aspect abattu, commotionné, parfois agité.
- Peau froide, moite, humide, blême ou marbrée.
- Extrémités (doigts, ongles) froides et cyanosées.
- Pouls Faible, difficile à prendre (fuyant) souvent accéléré.

² Van Camp, 2000, p.1.36

- Tension artérielle faible.
- Respiration rapide et superficielle.
- Face : pâleur grisâtre, yeux cernés, nez pincé, lèvres bleues. Nausées et vomissements.

Pour le **choc anaphylactique** (allergie, d'autres signes sont également valables)

- Peau rouge
- Plaque sur la peau
- Difficultés respiratoires
- Gonflement et rougeur du cou et du visage avec présence d'une urticaire
- Évanouissement



Anaphylaxie alimentaire à l'effort

Dr Nina Nielens, 2021

Comment soigner les différents états de choc ?

Sécurité (position de la victime)

- › **Général** : Placer la victime en décubitus dorsal, jambes surélevées (facilite le retour du sang), la manipuler le moins possible, la laisser au calme et la couvrir.
- › **Cardiogénique** : privilégier la position semi-assise.
- › **Anaphylaxie** : Si la personne est consciente avec trouble respiratoire, l'asseoir dans une position confortable et si elle est inconsciente, la placer en PLS avec ouverture des voies respiratoires.
- › **Choc thermique (froid)** : Retirer les vêtements si ceux-ci sont humides et isoler la victime du froid.
- › **Choc thermique (chaud)** : Retirer les vêtements si la victime a trop de couches et l'isoler du chaud.

Traiter la cause

Tenter d'enrayer la cause si possible.

Choc thermique (froid) :

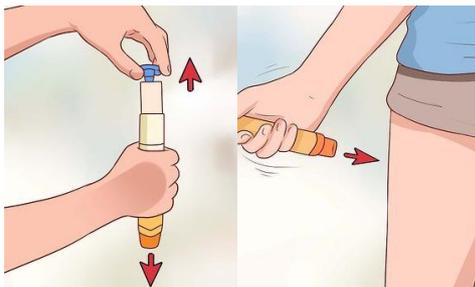
- Isoler la victime du froid.
- Si le choc est lié à de l'eau froide, il faut rapidement sécher la victime et retirer le vêtement humide.
- Veiller à ne pas réchauffer trop vite la victime : Ne pas tremper la victime dans un bain chaud mais privilégier des couvertures.
- Couvrir la tête, zone correspondant à 60 à 70 % des pertes de chaleur corporelles.

Choc thermique (chaud) :

- Déshabiller la victime et dégager les voies respiratoires.
- Isoler de la source de chaleur. Concernant les rayonnements du soleil, ceux-ci peuvent traverser les tonnelles et créer ou aggraver les problèmes d'insolations. Il vaut mieux isoler la victime dans un bâtiment dur.
- Tamponner le front, les tempes et la nuque de la victime avec un tissu humide.
- Ventiler la victime.
- Eviter tous les efforts.

Anaphylaxie :

- Isoler de la source allergique.
- Faciliter la respiration en dégageant tout vêtement trop serrant.
- Aider la victime à utiliser son médicament (Epipen ou autre) si disponible. Suivre la notice du médicament.
- Éviter tout effort.



Epipen



Remarque sur l'Epipen :

L'Epipen est un auto-injecteur d'adrénaline. La dose envoyée est automatique et mesurée. Il est utilisé pour le traitement de réactions allergiques aigües afin d'éviter un choc anaphylactique. Ce produit doit être injecté dans la cuisse de la victime, de préférence sur peau nue. Cependant, il est envisageable de piquer à travers certains tissus tels que les jeans, jupes ou bas-collants.

Pour utiliser un Epipen, il faut :

- Retirer le capuchon bleu qui fait office de sécurité.
- Aider la victime à enfoncer la partie orangée dans sa cuisse pendant 10 secondes.

Un Epipen est à usage unique et doit être administré uniquement au détenteur de cet Epipen si nécessaire.

L'adrénaline injectée ne guérit pas la victime mais permet de la maintenir en vie le temps que les secours arrivent.

Appeler les secours

Envoyer quelqu'un lancer l'appel aux secours : 112 (100) ou numéro d'appel interne.

Vérifier les fonctions vitales

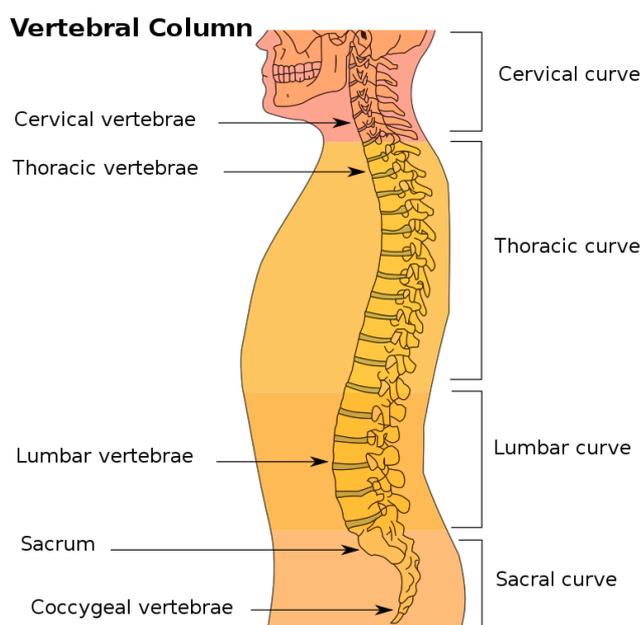
- Vérifier régulièrement les fonctions vitales et s'assurer que la victime respire suffisamment, ouvrir les vêtements serrant.
- Tenter d'atténuer la douleur de la victime (position antalgique d'un membre lésé, couvrir les plaies avec compresses stériles...).
- Ne pas donner à boire ou à manger à la victime.

Les lésions cervicales

Données anatomiques

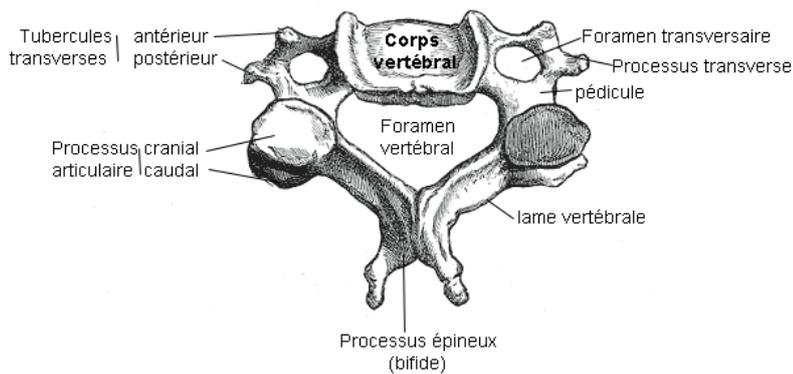
La colonne vertébrale peut être considérée comme la charpente du tronc. Elle assure également la protection de la moelle épinière.

La colonne est constituée d'un empilement de vertèbres : 7 vertèbres cervicales, 12 vertèbres thoraciques, 5 vertèbres lombaires, 5 vertèbres sacrées (soudées en un os plat : le sacrum) et 4 ou 5 vertèbres coccygiennes (elles aussi soudées pour former le coccyx).



Les lésions de la colonne cervicale

La partie la plus fragile de la colonne est sans nul doute sa partie cervicale. Lors d'un accident, la tête, relativement lourde, peut agir sur la colonne par des mouvements extrêmes de flexion, d'extension ou encore de rotation. La violence de ces mouvements peut engendrer des lésions osseuses ou ligamentaires et, *in fine*, engendrer une atteinte de la moelle épinière. Lorsque cette dernière est endommagée, la victime peut souffrir de paralysie ou d'insensibilité en dessous de la zone touchée.



Vertèbre, vue supérieure.



Vue antérieure du rachis cervical montrant les artères vertébrales ainsi que les nerfs spinaux.

Les lésions peuvent s'avérer **temporaires** quand la moelle est comprimée par un disque vertébral luxé ou par des fragments osseux. Mais elles peuvent s'avérer **permanentes** si la moelle est sectionnée (section partielle ou totale). Les lésions peuvent être de natures différentes :

- ✓ **les lésions osseuses** : Les fractures des vertèbres vont provoquer des déformations au niveau des axes anatomiques de la colonne. Ces déformations peuvent engendrer la compression, l'écrasement ou la section de la moelle épinière ²⁷.
- ✓ **les lésions ligamentaires** : Elles peuvent être de différents ordres. Lorsque les ligaments ont été trop violemment étirés, il s'agira d'une entorse cervicale. Dans les cas extrêmes où les ligaments ont été déchirés, il y a un risque de déformation des axes anatomiques de la colonne et donc un risque de lésion de la moelle épinière.

Signes

Dans tous les cas, le secouriste doit suspecter une atteinte cervicale, sauf bien sûr s'il a la preuve du contraire (il a vu de ses propres yeux l'accident et n'a aucune raison de suspecter une atteinte à ce niveau).

Le secouriste DOIT TOUJOURS suspecter une lésion cervicale dans les circonstances suivantes :

- Si le dos, le crâne ou la nuque de la victime ont subi des chocs inhabituels ou anormaux (en cas d'accident violent).

- Si la victime se plaint de troubles de la sensibilité ou des mouvements
- Si la victime se plaint de douleurs au niveau de la nuque.
- Si la victime présente des troubles neurologiques moteurs (tétraplégie, paraplégie...) ou sensitifs (paresthésie...).
- Si la victime est polytraumatisée (nombreuses fractures...).
- Si la victime présente des troubles de la respiration ou se trouve en arrêt cardio-respiratoire et que la cause n'est pas clairement établie.

Exemples de situations pouvant engendrer une lésion cervicale :

Plongeon dans une piscine et choc contre le fond.

Chute d'un échafaudage.

Choc violent en voiture (frontal par exemple).

Chute d'un objet lourd sur le dos.

Chute à moto ou à vélo

Comment soigner ?

Lorsque le secouriste suspecte une lésion cervicale, la moindre erreur lors de la prise en charge de la victime peut avoir des conséquences irréversibles (Maernoudt, 2002, p.112).

Sécurité

Il est très important de veiller à manipuler la victime le moins possible. Si malheureusement elle se trouve sur le ventre et qu'une réanimation pulmonaire ou cardio-pulmonaire doit être mise en œuvre, il faudra dans ce cas la retourner. Lors de toute manipulation, le secouriste devra veiller à maintenir l'alignement tête-cou-tronc en position neutre.

Vérifier les fonctions vitales

Régulièrement, le secouriste doit vérifier l'état de conscience, la respiration et la circulation chez la victime.

Maintenir l'intégrité cervicale

Le secouriste demande à une personne de maintenir la tête de la victime :

« Toi, place-toi derrière la tête de la victime, pose tes mains sur ses oreilles et maintiens la tête dans l'alignement avec le cou et le tronc » .



Maintien de la tête par un badaud

Traiter les pathologies associées

Il convient d'inspecter la victime pour vérifier si elle ne souffre d'aucune pathologie complémentaire et de les traiter.

Appeler les secours

Envoyer quelqu'un lancer l'appel aux secours : 112 (100) ou numéro d'appel interne

Lorsque les secours arrivent sur les lieux de l'accident, ils prendront en charge la victime. Le déplacement de cette dernière se fait à l'aide d'un brancard rigide adapté.

Les traumatismes crâniens

Il existe différents types de lésions crâniennes. Toutes doivent être considérées comme potentiellement graves.

Les commotions cérébrales

Signes

Lorsque le crâne subit un choc relativement violent, il arrive que le cerveau soit « secoué ». Cette situation peut engendrer une commotion cérébrale. Celle-ci se caractérise par plusieurs signes potentiels :

- Une perte de connaissance momentanée.
- Des vomissements, des nausées ou des vertiges lors du réveil.
- Un mal de tête plutôt diffus.
- Une amnésie des événements qui se sont déroulés juste avant l'accident.

Comment soigner ?

Les soins prodigués par le secouriste consistent essentiellement à vérifier que la victime récupère totalement du choc qu'elle vient de subir. Le secouriste veillera également à appeler les secours si nécessaire.

- Placer la victime en PLS si elle est inconsciente et s'il n'y a pas de suspicion de lésion cervicale. Vérifier régulièrement les fonctions vitales (respiration, pouls).
- Si l'inconscience perdure plus de quelques minutes OU si la victime reprend conscience puis reperd conscience un peu plus tard, il est très probable que la lésion crânienne soit importante. Appeler les secours (112).
- Si la victime reprend conscience, la réconforter et vérifier régulièrement ses fonctions vitales.
- Accompagner ou faire accompagner la victime chez un médecin si elle venait à ressentir l'un ou l'autre des signes précités (vomissements, maux de tête...).

La fracture du crâne

Lorsque le crâne endure un choc violent, il peut se fracturer. Une fracture du crâne est une atteinte grave qui peut déboucher sur des lésions cérébrales importantes.

Il est probable en effet que l'ouverture du crâne permette une entrée de microbes au niveau du cerveau et provoque une infection à ce niveau. Il est également possible que la fracture engendre un saignement entre le cerveau et la boîte crânienne. L'accumulation de sang à cet endroit peut occasionner une pression sur le cerveau, laquelle peut provoquer une perturbation de certaines fonctions cérébrales.

Signes

La fracture du crâne doit être envisagée lors de la manifestation du ou des signe(s) suivants :

- L'écoulement de sang ou de liquide clair par le nez ou l'oreille.
- Une plaie ou un hématome sur le crâne.
- Une perte de connaissance prolongée (quelques minutes) OU une alternance de phases d'inconscience et de conscience.
- Des vomissements.
- Un mal de tête important.
- Une paralysie partielle ou totale.
- La présence de sang dans le blanc des yeux.
- Un ralentissement anormal du pouls (– de 65 pulsations/minutes).

Comment soigner ?

Sécurité

Ne pas mobiliser la victime, au risque d'aggraver la lésion.

Il ne faut jamais perdre de vue que le traumatisme crânien peut s'accompagner de lésions cervicales (et donc il faudra veiller à respecter l'intégrité cervicale).

Appeler les secours

Envoyer quelqu'un lancer l'appel aux secours : 112 (100) ou numéro d'appel interne

Traiter les pathologies associées

Rechercher et traiter les éventuelles plaies. Recouvrir une plaie grave (fracture du crâne) d'une compresse stérile afin d'empêcher la plaie de s'infecter.

Ne pas empêcher l'écoulement de liquide (sang ou liquide céphalo-rachidien) sortant par le nez, l'oreille ou la bouche.

Vérifier les fonctions vitales

Régulièrement, le secouriste devra réévaluer la victime (en attendant l'arrivée des secours) : conscience, respiration, circulation.

Si la victime est consciente, il faudra la rassurer et la calmer.

Les sorties d'eau en cas de lésions cervicales

Sans matériel

Pour mettre en place cette technique, le sauveteur doit être secondé par 2 à 6 personnes. Si ces « aidants » ne sont pas formés, le sauveteur devra donner des consignes claires et précises afin de préserver l'intégrité cervicale de la victime.

La victime est remorquée près d'un bord de la piscine en petite profondeur à l'aide d'une prise adaptée. Avec l'aide de 2 ou 3 personnes, le sauveteur stabilise la victime horizontalement à la surface de l'eau, parallèlement au bord du bassin. Le sauveteur maintient la tête de la victime, tandis que, côte à côte, les « aidants » placent leurs avant-bras sous son corps. Au signal du sauveteur, la victime est soulevée et déposée sur la plage de la piscine ou sur les avant-bras de 2 ou 3 autres aidants (agenouillés à environ 1 mètre du bord du bassin, les avant-bras sur le sol).

Le sauveteur sort de l'eau et se charge de maintenir l'alignement tête cou-tronc. A son signal, la victime peut être « éloignée (glissée) du bord du bassin.

Avec matériel

Il existe différents types de planche. Celles-ci sont différentes au niveau de leur stabilité et de leur flottaison, notamment. Il est important d'être familiarisé avec le matériel se trouvant dans ses installations.

Généralement, deux personnes sont nécessaires pour sortir une victime de cette manière ; toute personne complémentaire susceptible de venir aider les sauveteurs n'étant pas superflue.



Fixation de la victime sur la planche

- Le premier sauveteur conduit la victime près du bord tout en la maintenant avec la prise en étau ou le head splint.



- Le second sauveteur entre dans l'eau avec la planche et vient placer cette dernière, en l'immergeant, sous la victime.



- Pendant que le second sauveteur place correctement la planche, le premier sauveteur enlève prudemment ses bras. Une fois les bras dégagés, il va se placer prudemment à la tête de la victime et la maintenir.
- Ensuite, le sauveteur qui n'est pas placé à la tête de la victime s'occupe de fixer le corps à la planche via les sangles. Au minimum 3 sangles doivent être placées dans l'ordre suivant : Thorax (incluant les bras) – Hanches (incluant les bras) – Cuisses.



- Une fois les sangles bien fixées, il convient de fixer correctement la tête de la victime en utilisant les mécanismes prévus à cet effet.

Sortie de l'eau

Une fois la victime sécurisée sur la planche, il faut la sortir de l'eau.

- Tout d'abord, il faut orienter la planche perpendiculairement au bord par lequel la sortie à être réalisée. La tête doit se présenter la première.
- Les deux sauveteurs vont ensuite soulever légèrement la partie supérieure (celle supportant la tête) et la placer aussi loin que possible sur le bord de la piscine.
- Un sauveteur sort ensuite de l'eau et saisit la partie placée ainsi sur le bord. Le second sauveteur se dirige quant à lui aux pieds de la victime pour aider le premier sauveteur à saisir la planche.



- En coordination, le sauveteur hors de l'eau va tirer sur la planche et le sauveteur placé aux pieds de la victime va pousser sur celle-ci. Ensemble, ils vont faire glisser la planche dorsale hors de l'eau.



En cours d'intervention, des bouées tube peuvent être placées sous le corps de la victime ou sous la planche pour maintenir plus facilement le corps à la surface.

Une victime qui nécessiterait une réanimation cardiopulmonaire doit être sortie le plus rapidement de l'eau. Pour cela, on va de préférence utiliser la technique en planche dorsale. La priorité est la sortie de l'eau, mais cela nécessite une grande prudence au niveau cervical.