



CONDUITE À TENIR FACE À UNE ENVENIMMENT PAR VIVE, RAIE, RASCASSE

PRISE EN CHARGE



1

Mettre la victime au **repos et la rassurer**

2

Sans délai, **immerger** la région atteinte **dans de l'eau « aussi chaude que supportable » pendant 5 minutes puis appliquer de la glace dans un linge pendant environ 5 minutes**, ou à défaut de glace, de l'eau la plus froide possible

3

Extraire éventuellement les fragments de dards ou d'épines facilement accessibles avec une pince à épiler. Sauf pour un éperon de raie, où l'avis du médecin régulateur est impératif

4

Désinfection de la plaie (Chlorhexidine en l'absence d'allergie à ce produit)

DOTATION NSM C1 ET C2

**APRÈS ACCORD
DU MÉDECIN RÉGULATEUR
(CCMM OU SCMM)**

Donner éventuellement un antalgique :

Paracétamol (Doliprane®)
1 g (adulte), 15 mg/kg (enfant)

En cas de choc anaphylactique :

Epinéphrine (Anapen®)
1 dose administrée à la face
antérolatérale de la cuisse



DANS TOUS LES CAS

- Surveillance de la victime pendant 30 minutes
- En l'absence de survenue de signes extra-cutanés à l'issue de cette période, la victime pourra quitter le poste de secours



INFORMATION PRÉVENTION :

- Ne pas sucer la plaie pour aspirer le venin
- Ne pas chercher à faire saigner la plaie



CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR (CENTRE 15, CCMM OU SCMM) SANS DÉLAI, SI :

- Apparition de signes généralisés au niveau de la peau et des muqueuses, de signes respiratoires ou circulatoires faisant craindre l'installation d'un choc anaphylactique (allergie)
- Pénétration de l'éperon d'une raie situé ailleurs que sur les mains et les pieds
- Persistance d'une douleur très intense malgré les soins
- Doute du sauveteur



CONDUITE À TENIR FACE À UNE NOYADE

PRISE EN CHARGE

PAR UN SAUVETEUR SPÉCIALISÉ (SSA, SNB, ...)

1

DANS L'EAU

Si arrêt respiratoire et si possible :

- Débuter la ventilation dans l'eau
- Effectuer 10 à 15 insufflations pendant la 1^{ère} minute

Si persistance de l'arrêt respiratoire et si possible :

- La Sortie est estimée à - de 5 min :
Poursuivre la ventilation sur le même rythme jusqu'à la sortie d'eau
- La Sortie est estimée à + de 5 min :
Réaliser 1 minute supplémentaire de ventilation
Puis arrêter la ventilation jusqu'à la sortie de l'eau

2

HORS DE L'EAU

Si ventilation spontanée :

Oxygéner au masque à Haute Concentration sans délai

- Personne consciente : position assise ou demi-assise
- Personne inconsciente : PLS

Si Arrêt Cardiaque :

- LVA puis 5 Insufflations
- MCE + ventilation (BAVU)
- Pose du DAE

STADE 1 : AQUASTRESS

Victime consciente – fatiguée –
angoissée
Pas de détresse respiratoire
Pas d'inhalation liquidienne

STADE 2 : PETITE NOYADE

Victime consciente
Gêne respiratoire sans détresse -
toux
Tachycardie
Inhalation liquidienne

STADE 3 : GRANDE NOYADE

Troubles de la conscience ou
inconscience
Détresse respiratoire avec
désaturation, Hypotension
artérielle possible

STADE 4 : ANOXIE

Victime inconsciente
Détresse respiratoire : apnée ou
gasp
Détresse circulatoire : pouls filant,
imprenable
ACR



DANS TOUS LES CAS

- En cas de forte suspicion de traumatisme du rachis :
IMMOBILISATION (collier cervical et plan dur)
- Surveiller et couvrir



INFORMATION PRÉVENTION :

- Ne pas chercher à vider l'estomac ou les poumons



**CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR SANS DÉLAI
(CENTRE 15, CCMM OU SCMM)**



CONDUITE À TENIR FACE À UN ACCIDENT DE PLONGÉE

Tout signe, dans les 24 heures qui suivent une plongée,
est un accident de plongée jusqu'à preuve du contraire (Apnée et Bouteille)



PRISE EN CHARGE

1

Sortir rapidement la victime de l'eau et réaliser un
Bilan d'urgence vitale

2

Rechercher une détresse vitale :

- Si troubles de la conscience : PLS
- Si difficultés respiratoires : position semi-assise

3

Oxygénothérapie systématique et immédiate

- Masque à haute concentration ou BAVU 15 l/mn

4

En l'absence de troubles de la conscience, traumatisme facial, nausées et/ou vomissements :

Réhydratation orale :

- 0,5 à 1 litre d'eau plate en fractionnant les prises sur une période de 1 heure

5

Après avis médical et en l'absence d'allergie, saignement, traumatisme facial, vomissements ou de troubles de la conscience :

Donner de l'acide acétylsalicylique (Aspirine®)

dans la première demi-heure : 250 à 500 mg

6

Surveiller

Renseigner la fiche spécifique d'Alerte – Évacuation d'accident de plongée

**DOTATION SNSM C1 ET C2
APRÈS ACCORD DU
MÉDECIN RÉGULATEUR
(CENTRE 15 OU SCMM)**

Donner :

Acide acétylsalicylique (Aspirine®)
250 à 500 mg dans la première
demi-heure



DANS TOUS LES CAS

- Mettre à l'abri au repos strict
- Lutte contre l'hypothermie (déséquipement de la partie haute, sécher la victime, couverture de survie)
- L'interrogatoire et l'examen clinique ne doivent pas retarder la mise sous oxygène
- Renseigner la fiche «Alerte-Évacuation d'accident de plongée». Cette fiche ainsi que l'ordinateur de plongée devront suivre la victime au centre hyperbare



**CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR SANS DÉLAI
(CENTRE 15 OU SCMM)**



CONDUITE À TENIR FACE À UNE ENVENIMENT PAR CNIDAIRES (MÉDUSE, PHYSALIE, ANÉMONE DE MER...)

PRISE EN CHARGE



1

Mettre la victime au repos et la rassurer

2

Enlever avec précaution les éventuels tentacules visibles adhérents à la peau avec une pince à épiler (remarque : les gants chirurgicaux ne sont pas tous protecteurs)

3

Appliquer de la mousse à raser (composition neutre) ou à défaut du sable (sec) et racler doucement la peau avec une carte de crédit ou un carton rigide

4

Rincer abondamment les lésions à l'eau de mer ou au sérum physiologique

5

Si atteinte oculaire : rincer les yeux avec du sérum physiologique

**DOTATION SNSM
C1 ET C2
APRÈS ACCORD
DU MÉDECIN RÉGULATEUR
(CCMM OU SCMM)**

**Donner éventuellement
un antalgique :**

Paracétamol (Doliprane®)
1 g (adulte), 15 mg/kg (enfant)

**En cas de choc
anaphylactique :**

Epinéphrine (Anapen®)
1 dose administrée à la face
antérolatérale de la cuisse



DANS TOUS LES CAS

- Les sauveteurs en charge de sortir la victime de l'eau, devront porter dans la mesure du possible, une combinaison avec gants et éviter d'immerger la tête (impératif en cas de suspicion de physalie)
- Surveillance de la victime pendant 30 minutes
- En l'absence de survenue de signes extra-cutanés à l'issue de cette période, la victime pourra quitter le poste de secours



INFORMATION PRÉVENTION :

- Ne pas rincer les lésions à l'eau douce
- Ne pas frotter les zones lésées
- Ne pas chercher à faire saigner la plaie
- Ne pas sucer la plaie pour aspirer le venin



CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR (CENTRE 15, CCMM OU SCMM) SANS DÉLAI, SI :

- Apparition de signes généralisés au niveau de la peau et des muqueuses, de signes respiratoires ou circulatoires faisant craindre l'installation d'un choc anaphylactique (allergie)
- Existence de signes extra-cutanés
- Persistance d'une douleur très intense malgré les soins
- Doute du sauveteur



CONDUITE À TENIR FACE À UNE HYPOTHERMIE TEMPÉRATURE CORPORELLE < 35 °C

PRISE EN CHARGE

1

Extraire la victime de l'eau

- En mobilisant prudemment la victime
- Si les conditions le permettent, recueillir en position horizontale

2

Isoler du froid et mettre au repos dans un abri chauffé

3

Réaliser un bilan d'urgence vitale et définir le degré de sévérité de l'hypothermie :

- Signes cliniques : perte des frissons, peau pâle et froide, perte de la dextérité, troubles de la conscience
- Prise de la température corporelle à l'aide du thermomètre épithympanique

4

Adapter sa conduite selon :

VICTIME CONSCIENTE + FRISSONS PERMANENTS

- Enlever les vêtements humides ou mouillés
- Sécher la victime
- Envelopper la victime de vêtements secs + couverture de survie
- Couvrir tête + mains + pieds
- Poches d'eau tiède (sans contact direct avec la peau)
- Donner une boisson chaude sans alcool

VICTIME NE FRISSONE PLUS + PERTE DE DEXTÉRITÉ

Troubles de la conscience

- Enlever les vêtements mouillés en mobilisant au minimum la victime (au besoin couper les vêtements)
- Sécher prudemment sans frictionner
- Envelopper la victime de vêtements secs + couverture de survie
- Couvrir tête + mains + pieds
- Ne pas donner de boisson

Inconscient

Avec ventilation

- Ne pas déshabiller
- Couverture de survie
- Surveiller constamment la ventilation
- Mettre sous oxygène
- Mettre en PLS
- RCP au moindre doute

Sans ventilaton

- RCP

CLASSIFICATION DES STADES D'HYPOTHERMIE

	MODÉRÉE 35° - 32°	SÉVÈRE 32° - 28°	MAJEURE < 28°
FRISSONS	Permanents	Absents	Absents
DEXTÉRITÉ	Conservée	Absente ± rigidité	Absente + rigidité
CONSCIENCE	Conservée	↓	Inconscient
FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	↗	↓	↓↓↓
FRÉQUENCE CARDIAQUE	↗	↓	↓↓↓



DANS TOUS LES CAS

- Surveiller l'évolution : frissons, dextérité, conscience, respiration, pouls et température corporelle
- Parler et réconforter



CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR SANS DÉLAI (CENTRE 15, CCMM OU SCMM)



CONDUITE À TENIR FACE À UN MAL DE MER

SIGNES

PHASE INITIALE : Sensation de malaise, vertiges, pâleur, sueurs, somnolence, bâillements, hypersalivation,

PHASE D'ÉTAT : Nausées, vomissements avec état apathique.

PRISE EN CHARGE

1 Mettre au repos la victime :

- Placer la victime au centre du bateau (zone la plus stable), dans le sens de la navigation et si possible à l'air libre (si le temps et les conditions de mer le permettent).
- Dans certaines situations (asthénie importante, vertiges prononcés...), allonger la victime et lui conseiller de fermer les yeux.
- L'isoler des odeurs (carburant, cuisine,...).

2 Donner à boire par petites gorgées (boisson légèrement sucrée) et à manger en petite quantité **après accord du médecin**.

3 Eviter le refroidissement avec une couverture, mais également éviter la chaleur (couverture de survie).

4 Surveiller et rassurer en permanence la victime.

COMPLICATIONS :

► COMPLICATIONS DIRECTES

- Elles sont exceptionnelles et peuvent devenir une urgence médicale.
- Elles surviennent généralement en cas de mal de mer prolongé : déshydratation, dénutrition, alitement avec fatigue extrême et état de prostration, décompensation d'une pathologie sous-jacente (ex : insuffisance cardiaque).
- A l'extrême, ces états peuvent engendrer une volonté de mourir !

► COMPLICATIONS INDIRECTES

Traumatismes, chute à la mer (lors des vomissements), risque de naufrage (mal de mer collectif de l'équipage qui n'est plus opérationnel).



DANS TOUS LES CAS

Penser aux facteurs favorisants :

- Les 4 « F » : Froid, Fatigue, Faim, Frousse.
- La mer agitée, les odeurs, la chaleur, le confinement.



INFORMATION PRÉVENTION

- Conseiller de regarder un point fixe comme un amer sur la côte ou l'horizon.
- Veiller au port constant du VFI



**AU MOINDRE DOUTE : CONTACTER LE MÉDECIN RÉGULATEUR
(CENTRE 15, SCMM) POUR AVOIR UN AVIS MEDICAL**



ORSEC MARITIME NOMBREUSES VICTIMES

PRISE EN CHARGE

La prise en charge secouriste se fait après la mise en sécurité, le repérage et une éventuelle évacuation en urgence. Elle est dimensionnée en fonction du nombre de secouristes disponibles.

1 Sécuriser.

- Evacuation d'un milieu éventuellement hostile.
- Le maintien à bord sera un choix fait en concertation avec la cellule au CROSS et le commandant de bord.

2 Repérer.


- Le repérage doit permettre une catégorisation précoce de l'ensemble des victimes.

3 Comptabiliser.

4 Effectuer les gestes d'urgence et évacuer.

- Le tri médical qui sera éventuellement fait dans un second temps déterminera les priorités en termes de traitement et d'évacuation.

CATÉGORISATION :

-  Victime dont le décès ne fait aucun doute.
-  Victime vivante nécessitant la mise en œuvre d'un geste de secours en urgence (*PLS, LVA, compression ou garrot sur plaie hémorragique...*).
-  Victime vivante, sans détresse vitale, ne pouvant se déplacer.
-  Victime vivante, capable de se déplacer avec ou sans aide.



ORSEC MARITIME

Le dispositif ORSEC maritime est une organisation mise en œuvre par le Préfet Maritime pour faire face aux conséquences en mer d'un événement d'origine maritime, aérienne ou terrestre, conduisant à la mise en œuvre d'opérations de secours aux personnes, aux biens ou à l'environnement et la prévention des risques et dangers qui peuvent les affecter de manière grave et imminente.



NOTION DE PORT PIVOT

En cas de plan ORSEC, l'interface terre-mer départementale prévoit la notion de port pivot, c'est à dire de point de débarquement pressenti qui sera choisi par les autorités et deviendra dans la mesure du possible le point unique d'entrée des victimes à terre.

Cette information de la zone de débarquement est communiquée par le CROSS.



CONDUITE À TENIR FACE À UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

PRISE EN CHARGE

1 Repérer le stress :

• Causes et situations stressantes :

Pour une victime : maladie, traumatisme, cause psychique, décès et prise de toxique.

Pour un sauveteur : repêchage de corps, blessé grave, décès, sauvetage dangereux et fatigue.

• Comportements inhabituels :

Logorrhée ou mutisme, discours incohérent, hyperactivité ou prostration, anxiété, agressivité

2 Réagir face au stress :

- Assurer le réconfort moral de la victime.
- Expliquer et rassurer la victime.
- Donner au sauveteur une tâche qu'il maîtrise et le mettre à l'abri, savoir prendre des mesures de sauvegarde coercitives si mise en danger.
- Savoir pour le chef d'équipe passer le commandement s'il est lui-même concerné et ne sent plus apte.

3 Adapter la conduite selon :

Situation stressante non maîtrisée

Situation stressante maîtrisée

- **En mer** : contact médecin régulateur du SCMM via le CROSS
- **En poste de secours et DPS** : contact médecin régulateur (centre 15, SCMM)

Déclenchement éventuel de la CUMP
(Cellule d'Urgence Médico-psychologique)

- Contact **médecins** SNSM station et référent départemental
- Contact **psychologue / psychiatre** SNSM

DEFUSING + DEBRIEFING psychologique

INFORMATIONS :

► DEFUSING

Réalisé dans les heures qui suivent la fin de la mission par des personnes formées au soutien psychologique d'urgence.

Repérage à un stade précoce des signes de souffrance psychique. Favoriser le partage du vécu traumatisant au sein du groupe concerné.

► DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE

Réalisé quelques jours plus tard à distance du choc émotionnel par des professionnels de la victimologie.