



Secourisme et plongée



Codep 68 graviere du fort 2012

Hurst William

Code du sport

Nouveauté en secourisme:

1) Sur le site de l'activité subaquatique, la pratique de la plongée est placée sous la responsabilité d'un directeur de plongée présent sur le lieu de mise à l'eau ou d'immersion de la palanquée.

Il est responsable techniquement de l'organisation, des dispositions à prendre pour assurer la sécurité des plongeurs et du déclenchement des secours.

2) Les pratiquants ont à leur disposition sur le lieu de mise à l'eau ou d'immersion un plan de secours.

3) un ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) avec sac de réserve d'oxygène et trois masques (grand, moyen, petit)

4) Le plan de secours est un document écrit, adapté au lieu et à la plongée pratiquée, régulièrement mis à jour et porté à la connaissance du directeur de plongée, des personnes encadrant les palanquées et des plongeurs autonomes. Il précise notamment les modalités d'alerte en cas d'accident, les coordonnées des services de secours et les procédures d'urgence à appliquer en surface à la victime.

5) Un moyen de rappeler un plongeur en immersion depuis la surface, lorsque la plongée se déroule en milieu naturel, au départ d'une embarcation

6) L'activité de plongée est matérialisée selon la réglementation en vigueur.

7) Le matériel de secours est régulièrement vérifié et correctement entretenu.

8) L'aspirine max 500 mg pour un adulte n'apparaît plus dans le code du sport mais peut toujours être proposée et 250 mg pour les enfants de 8 à 10 ans.



RIFA (x)

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 plongée, avant sa prise en charge par les services de secours.

L'acquisition de cette compétence est matérialisée par la délivrance d'une carte plastifiée selon les modalités fédérales au plan national. La présentation de cette carte est obligatoire pour le passage d'un diplôme ou le RIFA Plongée est requis.

Obligatoire à partir du Niveau 3

Il appartient au plongeur 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.

ANTEOR

Animer l'appreNtissage des TEchniques Oxygénothérapie - Ranimation

La compétence ANTEOR aborde les 2 parties suivantes :

1) Carrefour des techniques

2) Animation

- Etre titulaire, à minima, du diplôme d'initiateur (E1).
- Etre titulaire du PSC1 (ou équivalent).

Permet de valider les competences 5 et 6 RIFA (x)

STATISTIQUE ACCIDENTS 2012

Les principaux résultats 2011 :

258 ADP recensés dont 183 en club (71%)
participation fédérale (compte rendu d'accidents ayant eu lieu en club) =
6 % (11 dossiers reçus sur les 183 possible ...)

caractéristiques des accidentés :

N1 : \approx 13% ; N2 : 30,4 % ; N3/4 : 34,8 % ; Moniteurs : 15,2 %
35,5 % à P < 30m ; 49 % dans la tranche 30-40m ; 13,4 % dans la tranche 40-60m
25,5% des ADP survenus en 2011 sont consécutifs à une plongée d'exercice
89,5 % des ADP consécutifs à des plongées d'exploration sont survenus sans faute de
procédure (66,7 % des ADD traités) ; pour 71% d'entre eux, on va retrouver au
moins un facteur de risque.

les causes les plus fréquentes des accidents de la plongée d'exploration:

vitesse de remontée rapide par panique dans 25% des cas
faute de procédure par panne d'air : 25% des cas d'ADP d'exploration
paliers non respectés : 25 % des cas

Nature des accidents :

78,4 % d'ADD dont 40% de labyrinthique (soit 31,3 % des accidents de plongée)

des améliorations encore possibles :

Dans 41 % des cas, prompts secours incorrects (oxygénothérapie normobare) (70% en 2001, 66% en 2002, 41,5% en 2007,46,3% en 2008, 23,6% en 2009, 37,8 % en 2010)

dans 41% des cas la mise en alerte des secours est « retardée » (77% en 2002, 38% en 2007, 53% en 2008, 31,4% 2009, 26,7 % en 2010),

La mise en alerte des secours « retardée » est expliquée par:

Une mauvaise qualité à la prise en charge initiale :

Dans cette étude : pour les 100 % des cas de retard de mise en alerte des secours observés, la responsabilité de ce retard est imputable aux accidentés (92% en 2007, 97% en 2008, 94% en 2009, 100 % en 2010).

dans 37% des cas de secours retardés, les gestes de premiers secours sont mis en oeuvre plus de 30 mn après l'apparition des premiers signes (70% en 2001, 53% en 2002, 32% en 2007, 32% en 2008, 29,4% en 2009, 10 % en 2010)

Des délais de traitement spécialisés anormalement longs [36,3% des ADP ont été traités dans un $\Delta t > 6h$ après l'apparition des premiers signes (variabilité de ce délai selon les régions), 47% en 2002, 45% en 2001, 30% en 2007, 39,2% en 2008, 39,6% en 2009, 45,2 % en 2010]

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Avez vous des questions ?