

Recyclage BSSA / BBSA – Réanimation (2026)



Rédaction : S. Verdonck

Mise à jour (2026) : M. Haidon et A. Rondeau

Prises de vue : D. Ulweling, S. Verdonck, Ph. Verhelst

Figurants : Ch. Dohn, M. Duvieusart, P. Leruth, S. Verdonck

Avec la contribution de **La Commission de Formation de la LFBS** composée de A. Henrard, J.-P. Leruth, A. Vidal, P. Quodbach, D. Ulweling, J.-L. Carlier, A. Rondeau, I. Neuenschwander, F. Dumont, V. Lahaye, M. Uliana

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 A.G. Sport de la F.W.B.



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Adeps

Copyright : 2024 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

Les principes de base	1
La réanimation	2
Protocole d'intervention à 1 sauveteur lors de la noyade d'un adulte	Erreur ! Signet non défini.
Eviter le suraccident	3
Etablir un bilan de la situation	3
Insufflations précoces	4
Appeler les secours – 112	4
Réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation	5
Utilisation du défibrillateur	5
Utilisation de l'oxygène	8
Protocole d'intervention à 2 sauveteurs lors de la noyade d'un adulte	11
Protocoles d'intervention lors de la noyade d'un enfant / bébé	14
Protocoles d'intervention lors de la noyade d'un adulte avec suspicion de lésion cervicale	17
Intervention à 1 sauveteur avec lésion cervicale	17
Intervention à 2 sauveteurs avec lésion cervicale	18

Les principes de base

Quelle que soit la situation face à laquelle il se trouve, le surveillant-sauveteur se doit de structurer son intervention. Pour ce faire, il agira systématiquement en suivant 4 étapes :

1. **Éviter le suraccident** : le surveillant-sauveteur veille à la sécurité de la victime et des témoins, mais également de la sienne.
2. **Etablir un bilan** de la (des) victime(s) : une fois en sécurité, le surveillant-sauveteur réalise un bilan primaire (fonctions vitales) pour ensuite s'intéresser au bilan secondaire (plaies, fractures et autres) si le bilan primaire ne nécessite pas d'intervenir directement.
3. **Appeler les secours (112)** si nécessaire.
4. **Administer les premiers soins.**

Afin que ces différentes étapes soient effectuées le plus efficacement possible, il est important que le surveillant-sauveteur :

- Se **maîtrise** tant au niveau de la parole que des gestes.
- S'adresse à la victime avec **calme** et **détermination**.
- Agisse **méthodiquement**.

La réanimation

Les protocoles d'intervention pour la réanimation sont basés sur ceux de l'**European Resuscitation Council** (ERC – Conseil Européen de Réanimation). L'objectif principal de cet organisme est de sauver des vies humaines en diffusant des protocoles de réanimation en Europe. Ces recommandations, évaluées et si nécessaire modifiées tous les 5 ans, ont été adaptées au milieu aquatique. Ce support de cours s'appuie donc sur les **normes ERC 2025**. La nouvelle édition des « Guidelines ERC-2025 » est une confirmation des normes précédentes. Les protocoles ainsi que les gestes de réanimation sont reconduits pour 5 années (jusqu'en 2030).

Les différents niveaux d'intervention qui contribuent à la réussite du sauvetage d'une personne (à la suite d'une hypoxie prolongée, par exemple) forment les maillons d'une chaîne appelée « la **chaîne de survie** ». Chaque maillon doit être présent, sinon la chaîne se rompt et peut conduire à l'échec de l'intervention. La majorité des professionnels ont adopté ce principe reconnu de manière universelle. Les quatre étapes de la réanimation d'une victime en arrêt cardio-respiratoire sont :

- **L'alerte rapide et correcte des secours,**
- **Les premiers gestes de secours et utilisation d'un défibrillateur.** (Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) précoce si la situation le demande et utilisation du défibrillateur le plus rapidement possible).
- **Les soins médicaux spécialisés en hôpital.** La réanimation cardio-pulmonaire spécialisée avec injection de médicaments est pratiquée par des équipes médicales, à l'hôpital ou sur le lieu même de l'accident.
- **La vie de la victime et de ses proches.** Il est important de mettre en place des dispositifs afin que la victime et ses proches poursuivent une vie normale après l'incident.



Figure 1 : La chaîne de survie

Il est important de souligner que sur ces quatre maillons, les deux premiers sont accessibles à tout un chacun. Il n'est pas nécessaire d'avoir de hautes qualifications ou un matériel spécialisé pour les réaliser (à l'exception du DEA). Si toutes les étapes comprises dans ce concept sont respectées, les chances de survie d'une personne en arrêt respiratoire ou cardio-respiratoire sont réellement augmentées. Le 4e maillon correspond à l'entourage de la victime une fois celle-ci sortie de l'hôpital, afin de mettre en évidence la vie post-traumatique de la victime et de son entourage.

Lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, le surveillant-sauveteur agit au niveau :

- **A - Airway** (voies respiratoires)
Ouvrir les voies respiratoires afin de permettre le passage de l'air.
- **B - Breathing** (respiration)
Rétablir de manière artificielle la fonction respiratoire de la victime en utilisant la technique adéquate.
- **C - Circulation**
Pallier l'arrêt cardiaque en effectuant des compressions thoraciques externes.
- **D - Defibrillation**
Stopper la fibrillation cardiaque en administrant un choc électrique.

Ce qui est communément appelé **l'ABCD de la réanimation**.

Protocole d'intervention à 1 sauveteur lors de la noyade d'un adulte

Les protocoles de réanimation en cas de noyade sont construits à partir du Basic Life Support (BLS), protocole proposé par l'ERC. Étant donné que l'arrêt cardio-respiratoire est survenu à la suite d'une asphyxie, certaines modifications ont été apportées au BLS afin de maximiser l'efficacité de l'intervention du surveillant-sauveteur.

Éviter le suraccident

1. **Sortir la victime de l'eau** : placer la victime sur le dos dans un endroit sécurisé et se tenir à genou à côté d'elle (gauche ou droite).
2. **Évacuer le bassin** : « Toi, prends mon sifflet et fais sortir tout le monde de l'eau ! » ou tâche réalisée par un collègue idéalement.

Établir un bilan de la situation

3. **Réaliser un test de conscience** : secouer les épaules de la victime et l'appeler d'une voix ferme. Si le niveau de conscience a déjà pu être établi lors du transport de la victime, passer à l'étape suivante.
 - Si la victime **réagit** au test de conscience → la laisser dans la position dans laquelle elle se trouve, la couvrir tout en la réconfortant. Réévaluer régulièrement son état. La position latérale de sécurité (PLS) peut également être utilisée.
 - Si la victime **ne réagit pas** au test de conscience → vérifier sa respiration (voir étape suivante).

4. **Libérer les voies respiratoires** de la victime en basculant sa tête en arrière (head tilt) et en lui soulevant le menton (chin lift). Pour ce faire, placer le majeur et l'index d'une main sous son menton et le tranchant de l'autre main sur son front.

5. **Vérifier la respiration** en réalisant un **VES** (**V**oir, **E**ntendre, **S**entir) pendant 10 secondes maximum

- **Voir** les mouvements respiratoires (thoraciques et abdominaux).
- **Entendre** le bruit de la respiration.
- **Sentir** le souffle de la victime.

Si la victime **ne respire pas normalement**, elle sera considérée comme ne respirant pas !

- **Si la victime respire** → La couvrir, la placer en PLS, vérifier régulièrement ses fonctions vitales et si nécessaire, appeler le 112.
- **Si la victime ne respire pas normalement**
→ Réaliser 5 insufflations et appeler les secours 112 (voir étape suivante).



Figure 1 : VES

Ventilations précoces

6. **Effectuer 5 ventilations** à l'aide du masque de poche.

Au cours des ventilations, toujours vérifier du regard le soulèvement de la cage thoracique. Si la première insufflation ne provoque pas ce soulèvement et avant le second essai, il convient de :

- Vérifier la bouche de la victime et pallier toute obstruction éventuelle.
- Vérifier si l'extension de la tête (head-tilt) et le soulèvement du menton (chin-lift) sont effectués correctement.
- Ne pas essayer de réaliser plus de 5 insufflations avant d'entamer l'étape suivante.



Figure 2 : Insufflation avec masque de poche

Remarque : Lorsque le titulaire du BSSA (BBSA) remplit une fonction de surveillant-sauveteur, il **DOIT** réaliser les ventilations. Il est donc primordial que son matériel de ventilation (masque de poche) soit en permanence disponible (à portée de main).

Pendant la réalisation des 5 ventilations, le surveillant-sauveteur vérifie les signes de vie, à savoir ;

- Mouvements
- Toux
- Respiration

Appeler les secours – 112

7. Le surveillant-sauveteur lance la procédure d'urgence prévue dans le PUI (Plan d'Urgence Interne). A défaut d'une procédure ou en cas de problème, il passera l'appel 112

lui-même ou délèguera cette tâche à une personne présente sur place, en exigeant une confirmation de sa part dès l'appel passé. Cet appel aux secours pourrait être lancé dès l'inconscience observée, pour autant qu'il ne retarde pas la réalisation du VES et des 5 ventilations précoces.

8. Demander le matériel de réanimation (AED et oxygène) : « Toi, va chercher la bouteille d'oxygène et le défibrillateur qui se trouvent dans le local des sauveteurs ! » ou tâche réalisée par un collègue idéalement.

Réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation

9. Alternier 30 compressions thoraciques et 2 ventilations, et ce, jusqu'à l'arrivée des secours ou de matériel (AED, oxygène, etc).
Superposer les talons des mains afin de les placer au centre du thorax, sur le sternum. Par un mouvement du tronc démarré des hanches, coudes tendus, **enfoncer le sternum de 5 à 6 cm**, puis le relâcher totalement, les mains restant toujours au contact avec le thorax de la victime. Ce mouvement doit être réalisé à un rythme de **minimum 100 et maximum 120 compressions par minute** (soit environ 15 à 18 secondes pour 30 compressions).

10. Utilisation du défibrillateur externe automatisé (AED, DAE ou DEA) et apport d'oxygène.

Utilisation du défibrillateur

Seuls les **défibrillateurs automatisés** (semi ou full automatiques) peuvent être utilisés par le surveillant-sauveteur. Après avoir **analysé l'activité électrique** du cœur de la victime, l'AED décide de l'utilité de **l'administration d'un choc électrique**. Lors de l'utilisation d'un AED semi-automatique, l'action finale (délivrer le choc électrique) est laissée à l'intervenant.



Figure 1 : Défibrillateur semi-automatique

Mode de fonctionnement

L'AED capte le signal électrique généré par le cœur au moyen de deux électrodes positionnées correctement sur la cage thoracique. Lorsque l'administration d'un choc électrique est utile, la machine le détecte et le transmet. Les AED sont très sensibles et reconnaissent les rythmes cardiaques nécessitant un choc électrique (fibrillation ventriculaire et tachycardie ventriculaire supérieure à 180 battements par minute). Ils sont également spécifiques car ils ne permettent pas d'administrer un choc électrique à un autre rythme cardiaque. Le surveillant-sauveteur peut envoyer la décharge après s'être assuré que personne n'est en contact avec la victime. Ensuite, l'AED encourage le surveillant-sauveteur à entamer une réanimation cardio-pulmonaire pendant une période de 2 minutes à la suite de laquelle, il effectue une nouvelle analyse du rythme cardiaque. Les AED répètent cette même

séquence (analyse – choc – 2min RCP – analyse – choc – 2min RCP - ...) tant que la victime présente une fibrillation ventriculaire.

Utiliser un DEA se décide en **trois étapes** : prendre la **décision de l'utiliser**, **l'activer** et **suivre les instructions**.

*Dès l'arrivée du défibrillateur, le surveillant-sauveteur interrompt l'action en cours.
L'utilisation de l'AED est prioritaire sur la manipulation de l'oxygène et les séquences de 30 compressions thoraciques/2 ventilations !*

Toutefois, le surveillant-sauveteur termine la séquence des 5 insufflations si l'AED est disponible dès le début de l'intervention. En cas de noyade (asphyxie), il est primordial de ventiler la victime.

1. Activation du défibrillateur

Selon le modèle, la mise sous tension de l'AED peut varier : bouton on/off, ouverture du couvercle, etc. A partir de ce moment, l'intervenant suit les instructions vocales et/ou sonores du défibrillateur.

2. Préparation du torse de la victime

Avant d'utiliser l'AED, il faut transporter la victime dans un **endroit sec** (hors du bassin et des flaques d'eau) et si nécessaire **mettre à nu la poitrine** de la victime en retirant ses vêtements. Au besoin, le surveillant-sauveteur **essuie** rapidement le thorax de la victime et **rase les poils** présents si nécessaire.

3. Placement des électrodes

En suivant les consignes présentes sur l'emballage, le surveillant-sauveteur place les 2 électrodes sur la poitrine nue de la victime.

La première électrode est placée sur le **pectoral droit** : sous la clavicule droite, sans recouvrir le mamelon et en laissant le sternum libre.

La seconde électrode se place **sous l'aisselle gauche**, sur les dernières côtes.

Certaines personnes portent un pace-maker. Celui-ci se situe bien souvent sous la clavicule gauche, parfois la droite. Dans ce cas, placer les électrodes à un minimum de 8 cm du dispositif.

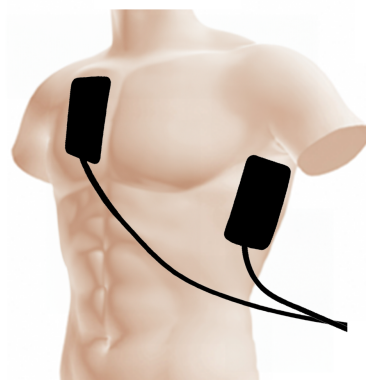


Figure 4 : Placement des électrodes

4. Analyse du rythme cardiaque

Afin de ne pas perturber l'analyse du rythme cardiaque, le surveillant-sauveteur s'écarte de la victime et **s'assure que personne ne la touche**. Pour ce faire, il sécurise la zone à l'aide des bras et demande à tout le monde de s'écarter.

- **Si l'AED reconnaît une fibrillation ventriculaire** : le surveillant-sauveteur administre un choc électrique.
- **Si l'AED ne détecte aucune fibrillation ventriculaire** : il ne propose pas de choc électrique, même si le surveillant-sauveteur presse le « *bouton choc* ».



Figure 5 : Vérifier que personne ne touche pas la victime pendant l'analyse

5. Choc électrique

Lorsque l'AED reconnaît une fibrillation ventriculaire, il propose au surveillant-sauveteur d'administrer un choc électrique. Dans ce cas, l'AED se manifeste de manière sonore et visuelle.

Pour rappel, les défibrillateurs « full » automatiques délivrent spontanément le choc électrique, et ce, après un avertissement sonore.



Figure 6 : Bouton pour administrer le choc électrique

Au moment du choc électrique, le surveillant-sauveteur s'assure **que personne ne touche la victime**. De la même manière que lors de l'analyse, l'intervenant sécurise la zone à l'aide des bras et demande à tout le monde de s'écarter.

Si de l'oxygène est administré à la victime, le surveillant-sauveteur **retire le masque de poche** de son visage pour l'éloigner à plus d'un mètre juste avant de choquer.



Figure 7 : Vérifier que personne ne touche la victime au moment du choc



Figure 8 : Écarter l'oxygène au moment du choc électrique

6. Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP)

Après avoir administré le choc, le surveillant-sauveteur entame la réanimation cardio-pulmonaire avec apport d'oxygène.

Si la victime reprend une respiration spontanée, le surveillant-sauveteur interrompt la RCP. Cependant, l'AED reste sous tension et les électrodes ne seront pas retirées de la poitrine de la victime.

7. Alternier « analyse du rythme cardiaque » et « RCP »

Toutes les 2 minutes, l'AED lance une séquence d'analyse du rythme cardiaque. En fonction du résultat, il propose ou non un choc électrique.

Pendant ces 2 minutes, et en cas d'absence de signes de vie et de respiration, le surveillant-sauveteur réalise les compressions thoraciques et les insufflations.

Utilisation de l'oxygène

Dans toute réanimation par noyade, il faut recourir le plus vite possible à l'utilisation de l'oxygène en ventilant en pression positive la victime avec la plus haute concentration en oxygène possible.

Le maître-nageur est autorisé à utiliser l'oxygène uniquement en cas de noyade et ne dispose ni des qualifications ni des autorisations nécessaires pour l'employer dans d'autres circonstances.



Figure 9 : Bouteille d'oxygène reliée au masque de poche

Consignes de sécurité à respecter :

- Dans tous les cas, la bouteille d'oxygène doit être couchée sur le sol
- Ne pas approcher une flamme à proximité de la bouteille d'oxygène
- Ne pas appliquer d'huile, de graisse (crème solaire) sur les valves ou la manette du détendeur
- Vérifier quotidiennement la quantité d'oxygène restante (celle-ci doit être suffisante pour effectuer une RCP complète, si ce n'est pas le cas, il faut veiller à la faire remplir)
- Lors de l'utilisation d'un AED, il convient d'écarter la source d'oxygène à plus d'un mètre au moment du choc électrique.

Branchement de l'oxygène

Le branchement se fera le plus rapidement possible (maximum 10 secondes), après 30 compressions, avant les 2 insufflations. Idéalement, le branchement doit être opérationnel au plus tard à la fin du second cycle de compressions-insufflations.

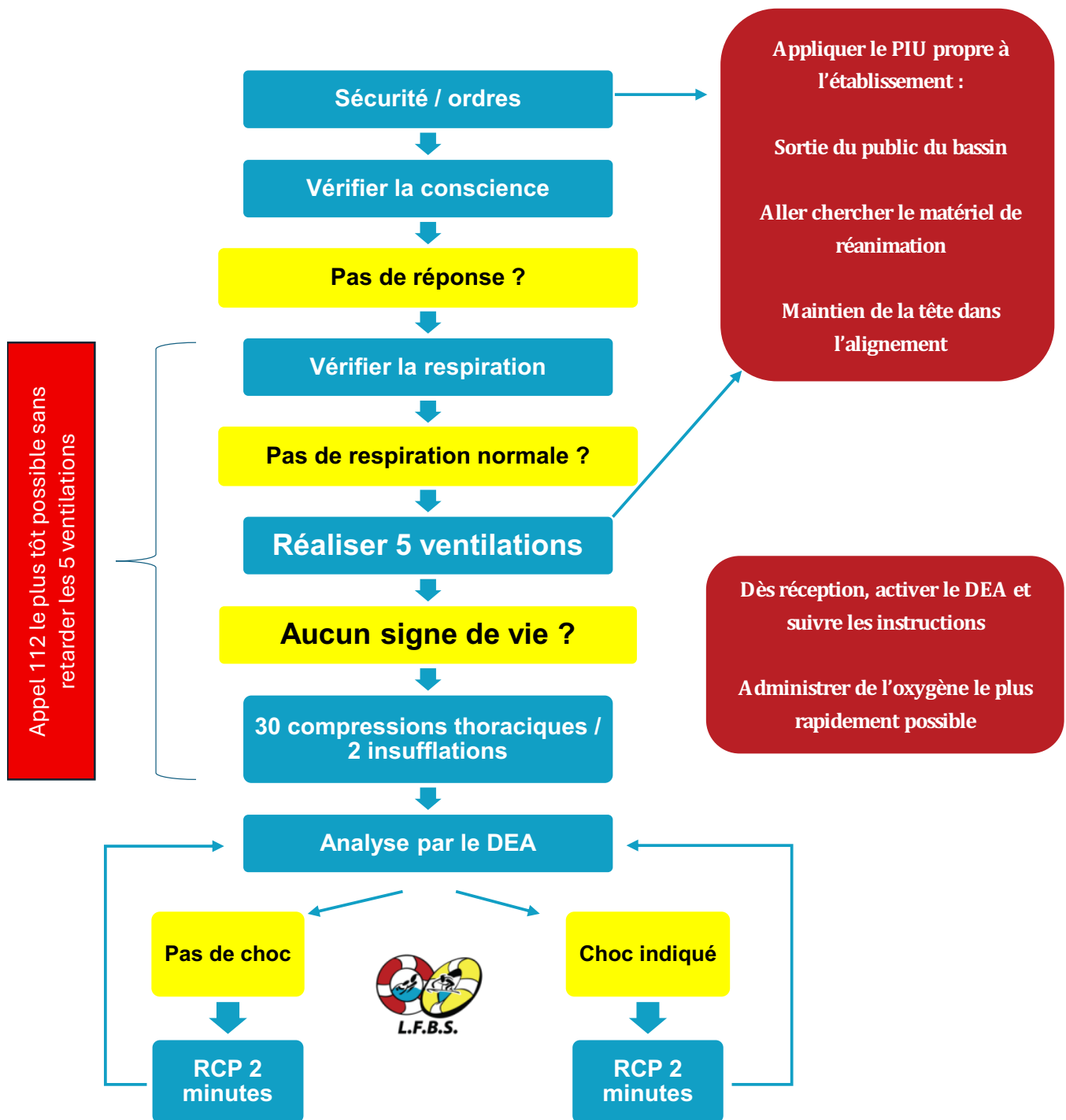
Le surveillant-sauveteur règle le débit sur **15 litres par minute pour un adulte**.

Calcul de l'autonomie d'une bouteille d'oxygène.

Multiplier la contenance de la bouteille par la pression interne. Diviser le résultat par le débit.

Exemple : Une bouteille de 5 litres d'oxygène comprimé à 150 bars contient effectivement 750 litres (5×150). Lors d'une réanimation adulte (15 l/min) l'autonomie est de 50 minutes ($750 : 15 = 50$).

Protocole de réanimation adulte à 1 sauveteur lors d'une noyade
(Normes ERC 2025)



Protocole d'intervention à 2 sauveteurs lors de la noyade d'un adulte

Le protocole d'intervention à 2 sauveteurs s'appuie sur le protocole précédant (protocole à 1 sauveteur).

Le surveillant-sauveteur qui commence la prise en charge de la victime est nommé **sauveteur 1**. Le surveillant-sauveteur qui arrive dans un deuxième temps est nommé **sauveteur 2**.

Le sauveteur 1 (S1) s'occupe dans un premier temps de la victime (test de conscience, VES, 5 insufflations, 30/2,...).

Après avoir éventuellement aidé le sauveteur 1 à sortir la victime, **le sauveteur 2 (S2)** s'occupe de la logistique, à savoir :

- (Faire) Evacuer la piscine.
- Apporter le matériel (oxygène + AED).
- (Faire) Déclencher le protocole d'urgence.

Ensuite, S2 s'installe face à S1, à côté de la victime. Il active l'AED et suit ses instructions. Pendant ce temps, S1 continue la RCP.

Tout au long de l'intervention, le sauveteur 2 est le seul à manipuler le défibrillateur

Au moment de l'analyse, les deux sauveteurs (S1 & S2) s'assurent que personne ne touche la victime.

Si l'AED le demande, S2 administre le choc électrique tout en assurant la sécurité avec l'aide de S1.



Figure 10 : S1 masse pendant que S2 place les électrodes



Figure 11 : S2 délivre le choc tout en assurant la sécurité avec S1

Après la première analyse

Le **sauveteur n°2** prend en charge les **compressions thoraciques** durant les deux minutes qui précèdent l'analyse suivante du défibrillateur. Pendant ce temps, le **sauveteur n°1** se place à la tête de la victime et **se charge de la ventilation** (branchement du ballon masque, de l'oxygène, etc).

Les ventilations sont effectuées à l'aide d'un **ballon compressible** (avec réserve d'oxygène) fixé sur le masque de poche et relié à la bouteille d'oxygène. Ce dispositif permet d'atteindre une **teneur en oxygène proche de 100%** à chaque ventilation.

Remarque : Tant que le ballon masque n'est pas correctement monté (assemblage et branchement de l'oxygène), le sauveteur n°2 réalise les ventilations avec son masque de poche.

Au terme des 2 minutes de RCP (au moment de la deuxième analyse), le sauveteur n°1 quitte la tête de la victime pour se placer latéralement.



Figure 12 : Ballon masque relié à une bouteille d'oxygène

Après la deuxième analyse

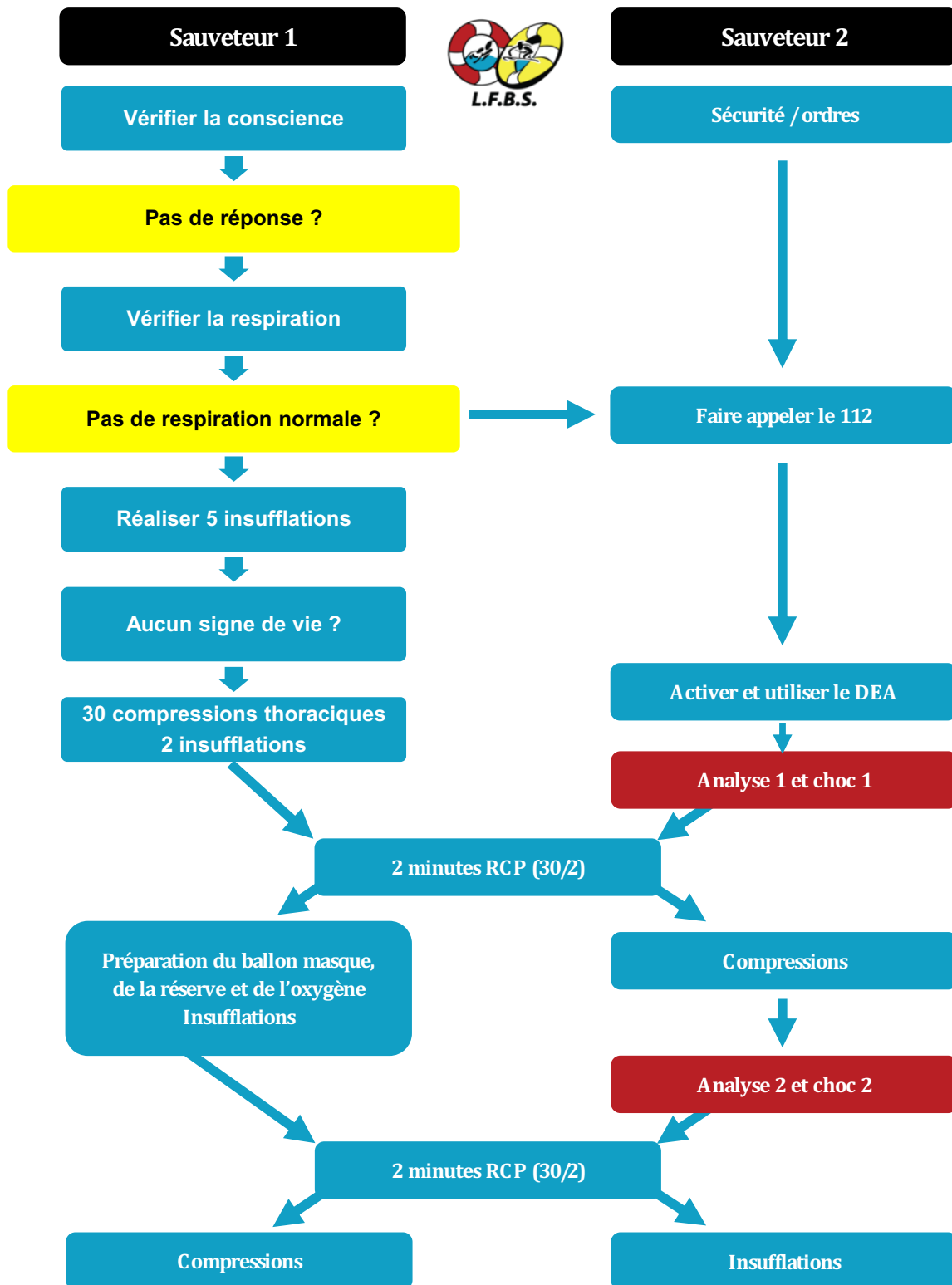
Si nécessaire, le **sauveteur n°2 délivre le deuxième choc électrique** tout en assurant la sécurité avec l'aide du sauveteur n°1.

Après le deuxième choc, si la victime ne présente toujours pas de signes de circulation spontanée, **le sauveteur n°1 reprend le massage cardiaque et le sauveteur n°2 la ventilation.**

Rotation

Après chaque analyse du défibrillateur, les surveillants-sauveteurs changent de fonction.

Protocole de réanimation adulte à 2 sauveteurs lors d'une noyade
(Normes ERC 2025)



Protocoles d'intervention lors de la noyade d'un enfant / bébé

Les protocoles de réanimation pédiatriques s'appuient sur les protocoles adultes décrits précédemment. De manière théorique, est considéré comme ;

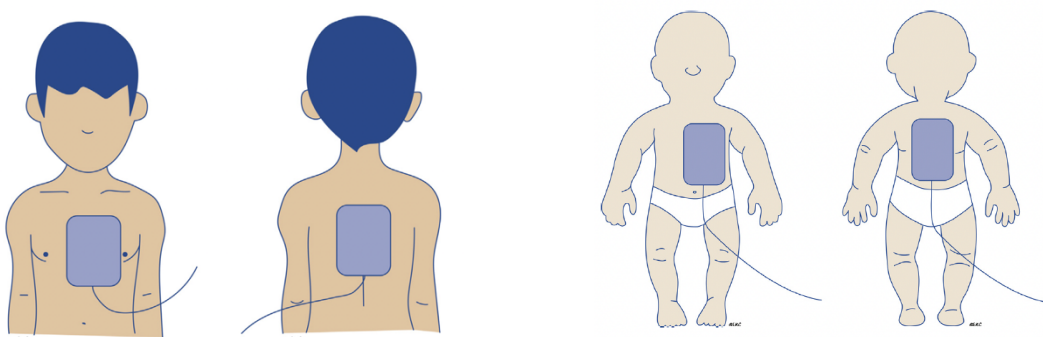
- Un **enfant** : une victime ayant l'air d'un adolescent (moins de 18 ans)
- Un **bébé** : une victime de **moins de 1 an**.

	Bébé (moins de 1 an)	Enfant (jusqu'à la puberté)
Sortir victime de l'eau	Idem adulte	Idem adulte
Évacuer le bassin	Idem adulte	Idem adulte
Demander le matériel de réanimation	Idem adulte	Idem adulte
Réaliser un test de conscience	Tonus musculaire, pleurs	Idem adulte
Libérer les voies respiratoires	Position neutre de la tête (pas d'extension)	Position neutre de la tête (pas d'hyper-extension)
Vérifier la respiration (VES)	Idem adulte	Idem adulte
Appeler les secours (112)	Idem adulte	Idem adulte
Effectuer 5 insufflations	Masque de poche pédiatrique ou bouche à bouche-nez	Masque pédiatrique
Vérifier les signes de vie	Voir « test de conscience » et « VES »	Idem adulte
Compressions thoraciques	15 compressions pour 2 ventilations	15 compressions pour 2 ventilations
	Comprimer la moitié inférieure du sternum. Encercler la cage thoracique du bébé des deux mains. Placer vos deux pouces, l'un sur l'autre, sur le bas du sternum sans recouvrir le processus xiphoïde et réaliser les compressions verticalement. Si possible, demander à une personne (S2) de maintenir la tête du bébé en position neutre pendant les compressions thoraciques.	Comprimer la moitié inférieure du sternum. Placer le talon de la première main sur le sternum. Si nécessaire, ajouter la deuxième main par-dessus pour réaliser des compressions à deux mains.
Fréquence des compressions	100 à 120 par minute	100 à 120 par minute
Profondeur des compressions	1/3 de l'épaisseur de la cage thoracique (profondeur théorique : 4cm)	1/3 de l'épaisseur de la cage thoracique

		(profondeur théorique : 5cm)
Défibrillateur Externe Automatisé	Idéalement en mode pédiatrique. Placement des électrodes pédiatriques : se référer aux dessins présentés sur les électrodes pédiatriques. Si électrode adulte → une électrode sur le sternum, légèrement désaxée sur la gauche de la victime, la seconde entre les omoplates.	Idéalement en mode pédiatrique jusqu'à l'âge de 8 ans. Placement des électrodes pédiatriques : se référer aux dessins présentés sur les électrodes pédiatriques. Si électrode adulte → une électrode sur le sternum, légèrement désaxée sur la gauche de la victime, la seconde entre les omoplates.
Oxygène	5 litres par minute	10 litres par minute

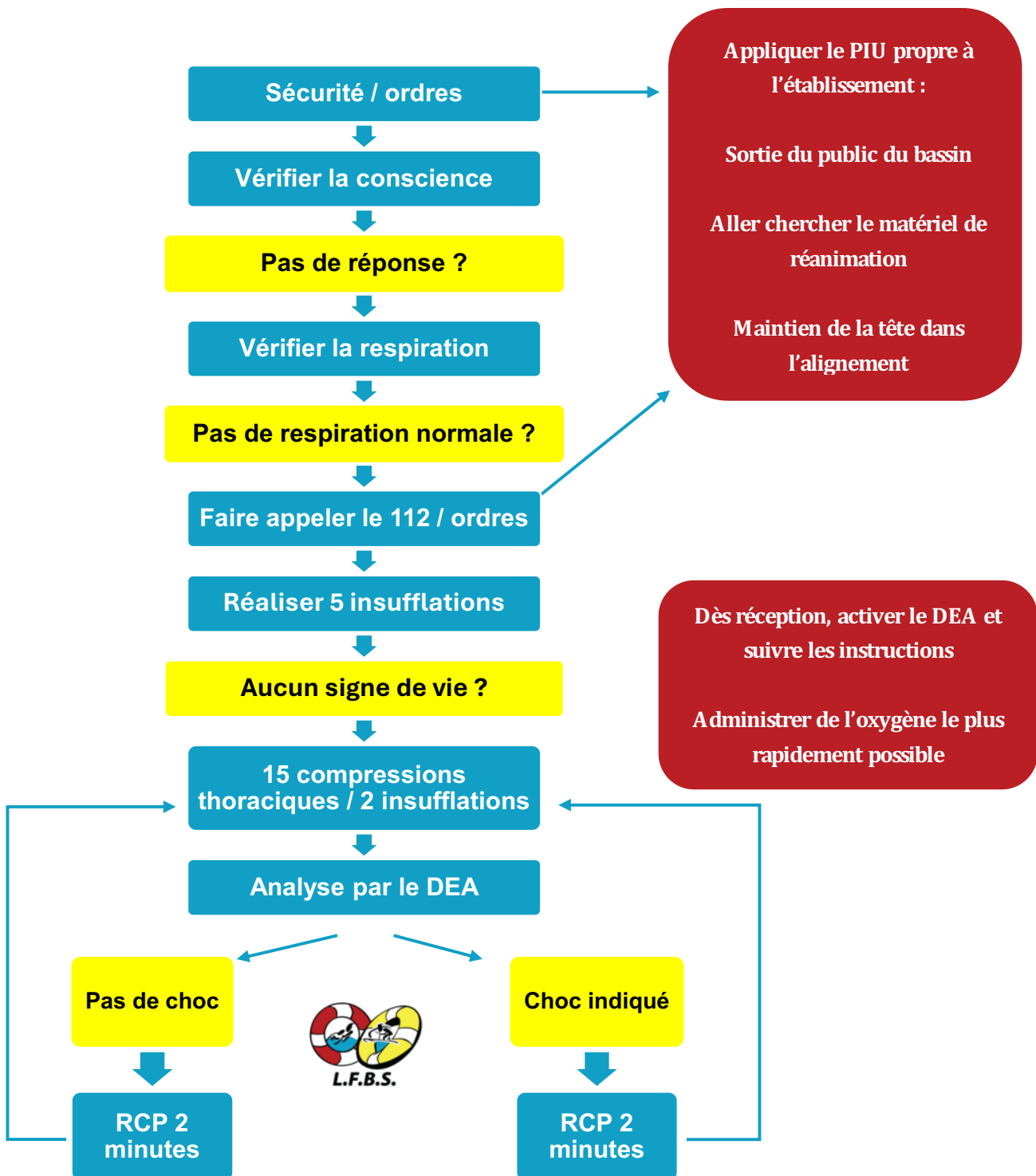


Technique de l'encerclement - réanimation pédiatrique (ERC, 2025)



Placements des électrodes sur un enfant et un bébé (illustrations ERC, 2025)

Protocole de réanimation enfant à 1 sauveteur lors d'une noyade
(Normes ERC 2025)



Protocoles d'intervention lors de la noyade d'un adulte avec suspicion de lésion cervicale

Le sauveteur suspecte une lésion cervicale lorsqu'il a **vu la victime recevoir un choc violent** au niveau de la tête ou de la région cervicale. Une attention particulière doit être apportée au maintien de l'alignement tête-cou-tronc en position neutre lors du remorquage, de la sortie de l'eau, des manipulations de la victime et de la réanimation. Cependant, la priorité reste l'arrêt respiratoire : si le sauveteur n'est pas en mesure d'agir vite tout en maintenant un parfait alignement tête-cou-tronc, il mettra la priorité sur la vitesse d'extraction de la victime de l'eau afin d'entamer au plus vite la RCP.

Intervention à 1 sauveteur avec lésion cervicale

Le surveillant-sauveteur entame le protocole de réanimation décrit dans les chapitres précédents moyennant les adaptations suivantes :

- **Sécurité** : le surveillant-sauveteur protège l'intégrité cervicale de la victime en maintenant **l'alignement de la tête, du cou et du tronc**. Pour ce faire, il demande à une personne de tenir la tête de la victime.



Figure 14 : maintien de l'alignement tête-cou-tronc

- **Libérer les voies respiratoires** : Utilisation de la **protraction de la mâchoire** pour libérer les voies respiratoires. Cette technique est recommandée **lors des VES et des insufflations**. Le sauveteur saisit les angles de la mâchoire inférieure de la victime avec les doigts et pose les pouces sur sa face externe. Il pousse ensuite vers le haut afin d'ouvrir le passage pharyngé.



Figure 15 : libérer les voies respiratoires - protraction

- **Insufflations** : Appliquer le bourrelet du masque d'abord entre la lèvre inférieure de la victime et son menton, de manière à rétracter la lèvre inférieure pour que la bouche reste ouverte à l'intérieur du masque et ensuite appuyer le masque sur le visage de la victime et le bloquer avec les deux pouces appliqués sur les côtés. L'index, le majeur et l'annulaire viennent accrocher la mandibule juste en avant des lobes des oreilles et tirent vers le haut.



Figure 16 : insufflation sur une victime avec lésion cervicale

Remarque : La technique de la protraction de la mâchoire est également efficace chez une victime ne présentant pas de lésion cervicale. Elle peut donc être utilisée pour toutes les personnes nécessitant une libération de ses voies respiratoires.

Intervention à 2 sauveteurs avec lésion cervicale

Le sauveteur en position à la tête de la victime place le ballon masque de manière hermétique sur la bouche de la victime, maintient l'alignement tête-cou-tronc et utilise la technique de la protraction afin de garder les voies respiratoires ouvertes. Son partenaire alterne alors les compressions thoraciques et la compression du ballon masque (à un rythme de 30 C pour 2 I).



Figure 2 : RCP avec suspicion de lésion cervicale à 2 sauveteurs (insufflations)



Figure 3 : RCP avec suspicion de lésion cervicale, à 2 sauveteurs (CT)