



4.12 Transport assis

Brancardage

Indication

Transport d'un patient assis.

Justification

L'utilisation de la chaise de transport apporte une solution aux difficultés de brancardage en étages, avec et sans ascenseur afin de pouvoir porter le patient assis sans qu'il ai besoin de faire d'effort.

Matériel (cf. 4/6.2.4)

- Chaise de transport avec sangles de sécurité.

Technique

La chaise de transport n'est utilisée que si le patient peut supporter la position assise.

Les ambulanciers :

- enveloppent si besoin le patient dans un drap ou une couverture pour protéger du froid et respecter la pudeur ;
- attachent les sangles afin de sécuriser le patient.

Rouler avec une chaise de transport

- Pour réaliser la bascule : il maintient une roue avec son pied, le second équipier maintien l'autre roue avec son pied et sécurise le patient [A].



- Pour rouler avec la chaise : l'ambulancier utilise les roulettes et pousse la chaise devant lui [B], son collègue le précède pour ouvrir les portes, enlever les objets qui pourraient gêner le passage et sécuriser le parcours.

Porter la chaise de transport dans les escaliers

Demander au patient de tenir les accoudoirs ou de croiser ses mains sur son ventre et de ne pas s'agripper (lui confier son dossier de transport).

Les roues ne doivent pas toucher pas les marches et les ambulanciers doivent lever suffisamment haut pour que le malade reste en position assise.

- Montée : le portage est effectué dans le sens de la montée, l'ambulancier à la tête le bord du dossier au creux de ses reins, son collègue saisit les poignées au niveau des pieds (lors de la montée, il pousse pour aider son collègue) [C].
- Descente : le portage est dans le sens de la descente, l'ambulancier à la tête se place bras tendus son collègue saisit les poignées au niveau des pieds et maintient bras tendus [D].

Risques et accidents

Il est impératif de sangler le patient en cas de portage difficile ou de risque de glissade du malade.

Les ambulanciers doivent garder le dos droit (mettre les épaules en arrières) et travailler avec la force des cuisses. Une parfaite synchronisation des gestes évite tout risque de chute.





4.13 Mise à bord dans l'ambulance

Brancardage

Indication

Installation et arrimage du chariot brancard.

Justification

L'installation et l'arrimage doivent être réalisés conformément à cette technique afin d'éviter la chute du patient.

Matériel

Il existe deux types d'ambulances, donc deux types de montée et de descente du chariot-brancard.

- Véhicule de transport sanitaire de catégorie A « ASSU », le chargement s'effectue sur un plateau.
- Véhicule de transport sanitaire de catégorie C « ambulance », le chargement s'effectue sur le sol.

Pour une ambulance de catégorie A s'assurer que le plateau de chargement est bien placé au centre de l'ambulance.

Technique

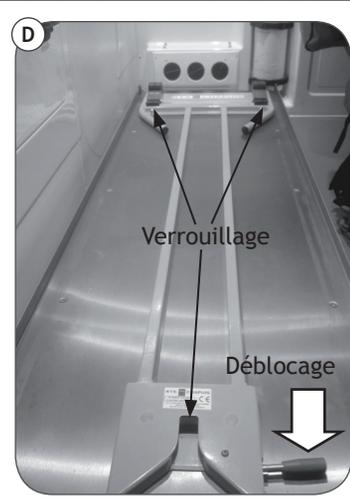
La montée se réalise à deux ambulanciers, un aux pieds qui dirige la manœuvre et manie les commandes, l'autre sur le côté qui guide et assure le « dépliage » et « pliage » des roues.

Montée catégorie C

- L'équipier, qui maintient sur le côté, guide les roulettes avant dans le rail de l'ambulance.
- Dès que le brancard est en appui, l'ambulancier placé aux pieds débloque le verrou des roues de l'avant en appuyant sur la poignée de commande et pousse le brancard à l'intérieur de l'ambulance [A].
- L'ambulancier sur le côté aide à la progression en poussant vers l'avant, il se positionne en fente latérale un pied à l'intérieur de l'ambulance et assure la sécurité du brancard en maintenant la poignée et en faisant suivre le brancard à l'intérieur de l'ambulance [B].
- Lorsque le brancard a progressé de plus de la moitié, l'ambulancier aux commandes débloque le verrou des roues arrière du chariot, elles se replient en poussant vers l'avant [C].
- Les ambulanciers poussent le brancard jusqu'à la double fixation à l'extrémité du rail ainsi que le verrouillage arrière [D] [E].

Descente catégorie C

- L'ambulancier au niveau des pieds débloque le chariot du rail de fixation [D].



- L'ambulancier tire la manette pour débloquer le brancard, le collègue sur le côté retient la descente et verrouille la fixation des roues arrière [F].
- L'ambulancier sur le côté aide à la sortie, lorsque le brancard a progressé de plus de la moitié, l'ambulancier aux commandes débloque le verrou des roues avant du chariot.
- L'ambulancier sur le côté retient la descente et verrouille la fixation des roues avant [G].
- Enfin, le brancard est sorti du rail de guidage [H].

Montée catégorie A [I]

Le brancard est chargé sur le plateau avec la même technique que précédemment, puis le plateau est redressé et poussé à l'horizontale dans l'ambulance.



Descente catégorie A [J]

- Le plateau est tiré et descendu.
- L'ambulancier aux commandes débloque le brancard du plateau.
- Le brancard est descendu du plateau avec la même technique que précédemment.



Risques et accidents

En aucun cas la manœuvre ne doit être réalisée à un seul ambulancier.

L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute.

Afin de limiter les lombalgies, les équipiers doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches.

Le respect des ordres de brancardage permettent une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

2. Identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies et à l'utilisation du matériel médical

2.1. Règles de base de prise en charge d'un patient

L'ambulancier est présent tout au long de la chaîne de soins (transport du patient du domicile à l'hôpital), au milieu (transports divers pour des examens complémentaires), mais aussi en fin pour le retour du patient à son domicile. Il assure, également, le transport des patients pour des soins ambulatoires (service de rééducation...).

À tous les niveaux de son travail, il doit adapter les techniques de manutention et les règles de sécurité en fonction de :

- la pathologie ou du handicap ;
- l'appareillage médical.

Il doit également rassurer, désangoisser, entourer un patient souvent inquiet, en particulier les enfants et les personnes âgées et d'une façon plus générale, toute personne handicapée.

L'évaluation de la pathologie ou du handicap et le contact avec les autres soignants ou les familles et les proches seront des aides précieuses pour un transport dans les meilleures conditions.



4.3 Règles générales de prise en charge et de transports des patients

Avant la prise en charge du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Se rappeler que chaque patient est unique et que donc toute prise en charge est différente de la précédente, même avec du matériel identique. • Devant tout patient à transporter, l'ambulancier a l'obligation d'analyser la situation de départ en prenant les consignes de transport auprès du personnel du service. • De cette analyse de départ, un protocole de surveillance sera établi pour le temps du trajet. • L'ambulancier doit s'assurer du suivi du dossier médical du malade.
Pendant le transport	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours bien arrimer les appareillages dans l'ambulance. • Surveiller le patient, fonctions vitales et appareillage. • En cas de doute sur la gravité, il doit contacter le centre 15 pour obtenir un conseil médical. • Lors des techniques de manutention et d'installation l'ambulancier doit prévenir l'apparition et la formation d'escarres.
À destination	<ul style="list-style-type: none"> • L'ambulancier est « l'interface » entre les équipes de soin de départ et d'arrivée, il a une obligation de rendre des comptes. Ce compte rendu comprend, notamment, les informations prises au départ et l'évolution durant le trajet, notamment en cas d'aggravation en cours de transport.

2.2. Prises en charge particulières et transport en fonction des pathologies, des handicaps ou de certains appareillages (orthèses et prothèses)



4.4 Prévention des risques liée au passage de la position couchée à la position debout

Le passage de la position couchée à la position debout entraîne normalement la mise en jeu de facteurs nerveux et hormonaux ayant pour but de maintenir une pression artérielle et une perfusion cérébrale constante (le passage en position debout entraîne une redistribution de 500 à 1000 mL de sang de la partie supérieure du corps vers les membres inférieurs).

Cependant pour différentes raisons, lever trop rapide par exemple, l'adaptation va mal se faire et entraîner de ce fait une réaction vagale disproportionnée qui va provoquer une sensation de malaise avec flou visuel, sensation vertigineuse, voire lipothymie*, parfois, syncope (perte de connaissance) par ralentissement de la fréquence cardiaque (bradycardie) et une chute de la pression artérielle (on parle alors d'hypotension orthostatique) par vasodilatation.

*La lipothymie est un malaise subit et passager, caractérisé par une impression angoissante d'évanouissement imminent avec pâleur, sueurs, brouillard visuel, bourdonnement d'oreille. Il n'y a pas de perte de connaissance, mais un simple fléchissement de la conscience. Le sujet entend ce qui se passe autour de lui. Ce malaise est souvent une forme mineure de syncope ou un état préalable qui laisse au sujet le temps de s'asseoir ou de s'allonger.

Si le patient est resté longtemps allongé (repos strict au lit prolongé, longue hospitalisation couchée...), la verticalisation doit de se faire de façon progressive afin de limiter les risques de troubles orthostatiques.

Un avis médical doit être pris en compte avant toute décision de verticalisation.



4.5 Prise en charge des principaux handicaps liés aux pathologies osseuses, ligamentaires, tendineuses, musculaires et articulaires

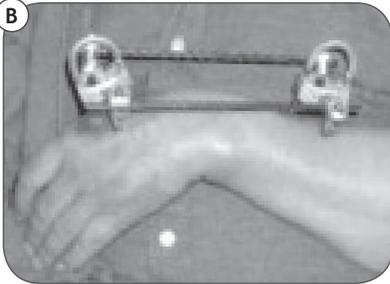
Les handicaps liés aux pathologies osseuses, ligamentaires, tendineuses et musculaires	<p>Le patient porteur d'un plâtre ou d'une résine [A]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à une installation confortable (coussins, blocs de mousse...). • Supprimer l'appui car le plâtre peut casser sur l'appui. • Il existe un risque de compression du membre, il faut surveiller les fourmillements dans les orteils, (pied bleu, blanc et froid), les douleurs sous plâtre. • Le transport se fait allongé le plus souvent mais il peut se faire assis (fracture du membre supérieur). • Un traitement anticoagulant est souvent réalisé il faut donc être vigilant aux chocs pouvant provoquer des hématomes.
	<p>Le patient porteur d'un matériel externe : fixateur externe [B]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être très prudent pendant les transferts, attention de ne pas accrocher. • Penser au confort en mettant des oreillers, supprimer l'appui. • Rouler doucement et éviter les «nids de poule».
	<p>Le patient amputé porteur d'une prothèse [C]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors des transferts et des manipulations, il faut être vigilant de ne pas luxer ou arracher les prothèses. • Ne pas les oublier.
	<p>Le patient porteur d'orthèse [D]</p> <p>Après certaines opérations de l'épaule, le bras est parfois placé perpendiculairement au corps (thoraco-brachial, attelle d'abduction). Ceci nécessite une installation rigoureuse et confortable surtout si le trajet est long car l'immobilisation est très encombrante.</p>

Les handicaps (suite)	<p>Le patient myopathe</p> <p>Le plus souvent en fauteuil roulant, le transport s'effectuera de la sorte, en position assise. Si le patient est en fauteuil électrique, il faudra un véhicule adapté (rampe d'accès, élévateur), sinon le transport sera effectué allongé. Si le patient est insuffisant respiratoire, il faudra le transporter en position assise.</p>
	<p>Particularités des fractures du rachis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracture de tassement du sujet âgé, le problème majeur est celui de la douleur qu'engendre cette fracture. Il faut placer le patient dans une position de repos (transport couché), au besoin dans un matelas à dépression. • Fracture d'origine traumatique, le patient est immobilisé par un corset ou une minerve en fonction de la région atteinte. • Le transport se fait couché en prenant des précautions strictes quant à l'immobilisation du patient pendant les transferts (risque neurologique).
Les pathologies rhumatismales	<p>Arthrose</p> <p>Pathologie du cartilage, le principal problème pour le transport est la douleur (trouver une position antalgique et caler le patient). Une aide pendant les transferts peut être nécessaire du fait de la difficulté de mobilité due à la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arthrose rachidienne, le transport doit se faire allongé, voire en matelas à dépression, pour éviter les douleurs. • Arthrose de hanche ou de genou, le transport peut se faire assis, sauf si le trajet est long (à discuter avec l'équipe soignante avant le départ).
	<p>Rhumatisme inflammatoire</p> <p>La polyarthrite rhumatoïde, est une maladie déformante, évoluant par poussées allant jusqu'à la destruction des cartilages et des éléments péri-articulaires. Le problème est là encore celui de la douleur et celui de la dépendance en fonction des déformations.</p> <p>Le transport se fera assis tant que les déformations le permettront. En cas d'impossibilité, il faudra caler le patient avec des oreillers pour rendre le transport le moins douloureux possible.</p>

A



B



C



D





4.6 Prise en charge et précautions de transport des personnes âgées

Phénomènes liés au vieillissement	Répercussions sur la prise en charge ambulancière
<ul style="list-style-type: none"> • Baisse des réflexes. • Baisse de la coordination musculaire. • Baisse de l'équilibre. • Baisse de la vitesse de réaction. • Le risque de chute est plus présent. • La personne âgée marche plus lentement et de façon plus hésitante. Elle fait de petits pas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer systématiquement un accompagnement (cf. /4.1). • Ne jamais laisser une personne âgée seule.
<ul style="list-style-type: none"> • La peau devient plus fragile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser régulièrement afin de prévenir le risque d'escarres.
<ul style="list-style-type: none"> • La personne est moins alerte à s'habiller. • Ses mouvements sont plus lents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à s'habiller et à se déshabiller.
<ul style="list-style-type: none"> • Surdité ou la baisse de la vision. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter son comportement, sa communication et apporter une aide appropriée.
<ul style="list-style-type: none"> • Fragilité psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve de patience et de gentillesse car les changements d'habitude (hospitalisation, transports répétés...) peuvent créer ou accroître une désorientation.
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la thermorégulation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la température de la cellule sanitaire. • Apporter couvertures et boisson si nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes d'incontinence (diminution de la tonicité des sphincters). 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et changer les protections anatomiques, installation du bassin ou de l'urinal. • Surveiller l'éventuelle sonde urinaire.

Conduite à tenir de façon générale

- Faire un bilan simple avant de partir.
- Prendre les consignes de transport (difficulté de marche, diminution de la vue, de l'audition, fuite urinaire...).
- Ne pas oublier canne, lunettes, dentier, médicaments et ordonnance.
- Aider à la marche jusqu'au brancard (attention aux chutes++).
- Prévoir des changes (si long trajet) : draps lisses et propres.
- Installer en position de confort.
- Prévoir des pauses pour changer de position, masser les points d'appui, pour boire et manger, aller aux toilettes.
- Surveiller pendant le transport.
- Réconforter ++.

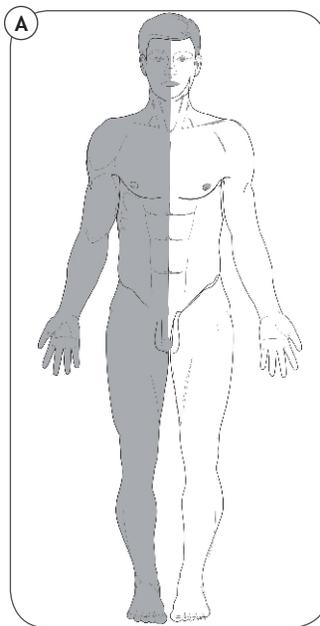


La perte d'autonomie de certaines personnes conduit à un état grabataire, de ce fait les lésions et les déficiences peuvent être nombreuses et prendre des dimensions importantes notamment chez le grand vieillard.

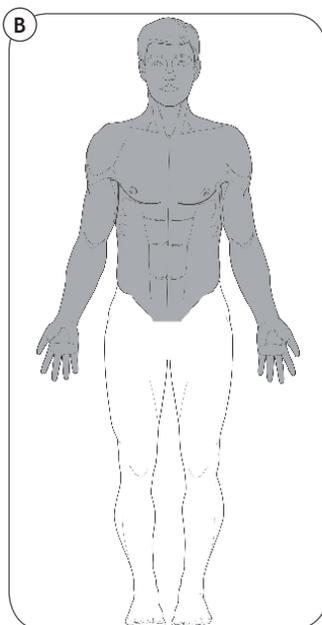


4.7 Prise en charge et précautions de transport d'un patient paralysé (hémiplégique, paraplégique et tétraplégique)

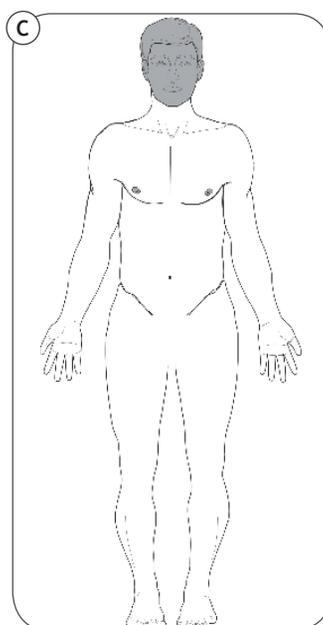
La partie en blanc représente la partie paralysée



Hémiplégique
Paralysé d'un hémicorps



Paraplégique
Paralysé des membres inférieurs



Tétraplégique
Paralysé des quatre membres et du tronc

[A]

L'ambulancier doit aider le patient dans ses déplacements pour éviter les chutes pouvant nécessiter l'emploi d'un fauteuil roulant ou d'une aide à la marche (cane ou déambulateur).

D'une façon générale

- Prendre les consignes, évaluer le handicap (aphasie, spasticité, mode de déambulation, troubles cognitifs affectant la communication).
 - Expliquer les manœuvres de transfert au patient (lit/brancard...).
 - Faire participer le patient en fonction de son degré de récupération et de consignes.
 - Ne pas tirer sur les articulations des membres paralysés.
 - Ne pas oublier l'aide technique employée si la déambulation est possible (cane tripode, quadripode, voire le fauteuil si nécessaire...).
 - Prévoir des draps lisses et propres, change si long trajet.
 - Positionner confortablement, tenir compte du handicap et de la prescription médicale.
 - Protéger les points d'appui avec des coussins ou autres outils (talons, sacrum, coudes, omoplates...).
 - Surveiller le patient et le réconforter.
 - Changer de position et faire des pauses pour masser doucement les points d'appui.
 - Faire boire si aucune contre-indication.
- Penser aux besoins naturels (le patient peut être aphasique, ne pas pouvoir communiquer, ou tout simplement ne pas pouvoir prendre un urinal à cause de son incapacité motrice).

[B] et [C]

- Prendre les consignes, évaluer le handicap.
- Expliquer les manœuvres de transfert au patient (lit/brancard...).
- Ne pas changer brutalement de position, risque de troubles orthostatiques (cf. ✱/4.4) lors des changements de position.
- Ne pas tirer sur les articulations des membres paralysés.
- Ne pas oublier le fauteuil (chez le paraplégique, l'autonomie peut se faire avec cette aide technique).
- Prévoir des draps lisses et propres, change si long trajet.
- Positionner confortablement, tenir compte du handicap et de la prescription médicale.
- Protéger les points d'appui avec des coussins : talons, sacrum, (coudes, omoplates, pour le tétraplégique).
- Surveiller le patient.
- Sonde urinaire : le tuyau passe par-dessus la cuisse.
- Caler sur le brancard afin que le patient ne glisse pas.
- Changer de position et faire des pauses pour masser doucement les points d'appui.
- Faire participer le patient aux manœuvres en fonction de ses possibilités (paraplégique).

2.3. Prise en charge et transport des patients appareillés

Souvent l'ambulancier aura à transporter des patients porteurs «d'appareillages médicaux», perfusions, sondes... qui nécessitent des précautions particulières.



Certains appareillages nécessitent une surveillance constante de part leur spécificité (pousse-seringue, incubateur, respirateur...). Leur transport n'est effectué qu'en compagnie du personnel formé à leur emploi (personnel médical ou paramédical).

