

Transmission, Installation, Conditionnement, Transport, Surveillance

Module 1

[Transmission](#)

[Installation](#)

[Conditionnement](#)

[Transport](#)

Transmission

Que faire du bilan ?

Il faut conclure en regroupant les signes à la recherche d'une détresse vitale puis agir en conséquence.

Afin d'éviter des erreurs, il est préférable de le transmettre au centre 15.

Le rôle de l'ambulancier n'est pas d'interpréter le bilan et de trouver la maladie (diagnostic) sauf quelques exceptions.

Dans quelles circonstances le centre 15 sera informé ?

Découverte d'un état grave

Même si le bilan n'est pas terminé, un pré bilan s'impose afin de provoquer l'arrivée rapide de secours médicalisé (SMUR).

L'appel au SAMU est obligatoire pour toute détresse ou urgence vitale constatée.

Transport à la demande du centre 15

Même si le bilan est satisfaisant, la loi impose de transmettre le bilan au centre 15.

Savoir transmettre le bilan

Principes transmission

- bref, concis, structurée
- claire, à allure normale
- texte fluide
- chronologique
- ne rien oublier, utilisation d'un " pense- bête": la fiche d'intervention
- si le bilan est incomplet, négligeant, l'ambulancier ne pourra pas répondre aux questions du régulateur

Contenu du message

- présentation de l'intervention
- éléments du bilan
- gestes entrepris

Exemple de transmission

- se présenter: Mr X Ambulancier de la société Y
- l'identité du patient (pas le nom) mais le sexe, l'âge
- le motif de l'appel,
- les circonstances avec ou sans signes avant coureur
- l'état actuel de la personne, en détaillant organe par organe: cerveau, respiration, cœur, circulation, ... il ne faut pas donner la tension puis la fréquence respiratoire et revenir au pouls et à la pâleur mais fréquence respiratoire, coloration, puis pouls, tension, pâleur et ainsi de suite
- les antécédents et les traitements en cours
- les gestes effectués
- l'évolution: stable, aggravation, amélioration

Un langage médical sera mieux compris et plus rapide:

Il faut utiliser le même vocabulaire entre l'ambulancier et le médecin régulateur. C'est pourquoi tout au long de cet enseignement vous apprenez et collectez des termes médicaux. Voir définitions.

Par ex: "douleur abdominale du flanc droit plutôt que mal au ventre en bas à droite".

Il faut éviter des phrases comme "il a pas mal saigné", "la jambe est de travers", "il a mal dans la poitrine" qui sont trop imprécises.

Cas concret: Exemple

"Bonjour le 15, ce sont les ambulances les Iris, pour le bilan d'un monsieur de...74 ans...non 64 ans, oui 64 c'est ça. Il est tombé dans les pommes tout à l'heure. Il n'est vraiment pas bien avec une tension basse. Il a vomi du sang."

Pas de notion sur son état de conscience, sa respiration et sa coloration, son pouls, sa tension exacte, la quantité de sang vomi.

On oublie son hospitalisation du mois dernier.

Le bilan structuré devrait plutôt correspondre à ceci :

"Bonjour le 15, ici l'ambulancier Durand des ambulances les Iris.

Nous vous transmettons le bilan de Mr Pierre âgé de 64 ans.

Appelé pour malaise, nous sommes en présence d'une personne qui il y a environ 30 mn a eu une hématomose de grande abondance.

Il est parfaitement conscient, sans désorientation-temporospatiale mais fatigué.

La motricité des 4 membres est correcte.

Sa respiration est normale à 14 par mn.

Sa coloration est pâle, sans cyanose mais avec des sueurs et des marbrures des 2 genoux.

Son pouls est filant et rapide à 120 /mn. Sa tension est basse à 8. Il a soif.

A noter une plaie récente du front à gauche qui ne saigne plus.

Il n'y a aucune autre trace ni douleur d'autre traumatisme.

Lors de son malaise, il y a 20 mn, il a perdu connaissance et perdu ses urines.

Il a été hospitalisé il y a un mois pour bilan d'une cirrhose du foie d'origine éthylique.

Il prend 1 comprimé par jour de Propanolol et 1 comprimé de Lasilix à 20 mg

Nous l'avons allongé, ½ assis avec 9 l /mn d'oxygène en inhalation au masque.

Depuis notre arrivée, son état est stable. Il n' a pas revomi "

Vous remarquez dans l'ordre :

- la présentation de l'appelé et du patient
- la présentation de la situation, avec chronologie
- le bilan vital: conscience, ventilation, circulation
- le bilan traumatique
- le bilan circonstanciel
- les antécédents
- les gestes effectués
- l'évolution

Remplir la feuille de surveillance

Un compte-rendu de chaque transport sera consigné par écrit sur une feuille dite de "surveillance" ou fiche de transport. Lors du bilan des notes ont été prises sur les circonstances, l'examen du malade ou blessé et le résultat des prises des constantes vitales.

Elle a l'énorme avantage de suivre un ordre précis et de permettre d'avoir un plan pour la transmission du bilan puisqu'il suffit de la lire.

Attention

Si des gestes d'urgence sont nécessaires, la feuille de surveillance sera remplie un peu plus tard.

Décision de transport

Par le médecin régulateur du 15

En fonction du bilan transmis, le médecin décidera si l'ambulancier peut effectuer ou non le transport.

Si la situation est préoccupante ou à haut risque, une ambulance médicalisée (SMUR) en France interviendra.

Note

Parfois le bilan est normal, mais l'intervention d'un SMUR est néanmoins indispensable

Car la maladie est à haut risque et à tout moment la situation peut s'aggraver

C'est le cas, par ex. de l'infarctus du myocarde

Par l'ambulancier

Si le bilan est rassurant et que l'intervention n'a pas été missionné par le 15, l'ambulancier peut sous sa propre responsabilité effectuer le transport.

Reste le cas délicat, où le médecin traitant ou de garde est passé et a prescrit le transport en ambulance.

Un simple coup d'œil avec un bilan discret (pour ne pas affoler la famille) permet en général de juger si la situation s'est dégradée.

On expliquera calmement au patient et à la famille que par prudence, on préfère demander l'avis au centre 15.

Installation

L'installation du patient en position de sécurité en lien avec sa situation et son état se décide parfois très tôt dans le bilan:

- inconscience avec pouls : pls immédiat
- inconscience sans pouls : décubitus dorsal immédiat avant MCE et RCP

ou au contraire il faut attendre la fin du bilan traumatique et être sur que la colonne vertébrale est intacte pour mobiliser et installer confortablement.

Parfois un mauvais réflexe peut avoir des conséquences dramatiques comme:

- porter par les aisselles et les pieds un blessé alors qu'il y a une forte probabilité de lésion du rachis
- demander à un enfant agité de s'allonger alors qu'il a une infection grave du larynx (épiglottite)
- mobiliser brutalement une personne saignant beaucoup
- ...et bien d'autres situations

Attention

Le choix d'une position n'est pas un geste anodin

Ecoutez le souhait du patient, il a souvent raison

Les positions

Position latérale de sécurité ou P.L.S.

Il s'agit de LA position de référence pour toute personne inconsciente sans arrêt circulatoire.

Elle évite à tout liquide présent dans le pharynx d'obstruer les voies aériennes, et au pire de faire fausse dans la trachée puis dans les poumons.

En effet, elle met la tête sur le coté, donc le pharynx se retrouve facilement drainé.

Pour imaginer la situation, prenez un verre rempli de liquide, si vous le tournez de 90 °, le liquide sort...C'est pareil pour la P.L.S.

Indications

Elles sont larges.

Cela concerne tout patient présentant la moindre somnolence, inconscience. (On parle alors de coma).

Chez un traumatisé inconscient:

- la PLS s'impose malgré la suspicion d'atteinte du rachis cervical. Une simple traction tête-cou au retournement suivi de la pose d'une minerve prévient le danger ou mieux l'immobilisation dans un matelas coquille.
- en théorie, le traumatisé du thorax est, si possible, couché sur le côté atteint ainsi que les lésions traumatiques du membre inférieur. Mais si l'inconscience est peu profonde, l'appui peut être douloureux.

Contre indications

C'est l'arrêt cardiaque puisque pour pratiquer un M.C.E. il faut que le dos repose sur un plan dur.

Dans ce cas la vidange du pharynx se fait en utilisant un aspirateur de mucosités

Méthode

Le bras de la victime le plus proche du côté du sauveteur, est placé à angle droit, son coude plié.

On saisit le bras opposé de la victime, afin de pratiquer sans brusquerie le retournement. Il est aidé par la saisie de la jambe qui fait « bras de levier ».

Ensuite la victime est stabilisée en ajustant la jambe située au dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.

Note

Il ne faut pas se poser de questions: tout inconscient même léger, même après un accident doit être mis en PLS !
une simple somnolence aussi

Demi-assis

C'est la position habituelle de transport dite de confort.

Elle permet au patient de se sentir à l'aise, de bien respirer et d'avoir la vue dégagée

L'utilisation d'oreillers est un plus, hypoallergique bien sûr.

Mis à part l'inconscient (PLS) et le rachis douloureux (plan dur), pratiquement toutes les situations se contentent de cette position avec quelques détails pour les cas particuliers.

Elle est particulièrement utile chez les personnes conscientes ayant une gêne respiratoire comme une crise d'asthme ou un cardiaque.

Demi-assis, jambes fléchies

Les jambes seront fléchies si le ventre est douloureux afin de relâcher les muscles de l'abdomen.

La personne peut préférer la position allongée et jambes fléchies.

D'autres situations exceptionnelles :

- plaie par balle

- coup de couteau

- suicide "hara kiri"

- éviscération par lâchage de suture sur une intervention chirurgicale abdominale récente

(Ne pas confondre : éviscération: paroi musculaire défaillante, peau molle qui bombe, pas d'inquiétude, et éviscération: ouverture brutale complète de la paroi, les viscères à l'extérieur d'où le nom "éviscération" situation urgente)

Demi-assis, sur le côté

En théorie, on demande de mettre sur le côté une plaie thoracique "soufflante" obstruant ainsi la brèche.

Souvent un malade conscient préfère se mettre sur le côté.

On évitera l'appui sur une escarre fessière chez une personne âgée.

A plat dos

En terme médical on parle de décubitus dorsal.

A noter que lorsqu'on demande au malade de se mettre sur le dos...il se met sur le ventre !

Indications

- MCE

Certes il est inconscient et en théorie on devrait le mettre en PLS mais on n'a pas le choix pour que le massage soit efficace, toujours contre un plan dur..

- Fracture du rachis dorsal ou lombaire

C'est l'attitude de prudence, permettant de ne pas mobiliser le rachis, voire sur une planche ou une porte en l'absence de matériel (à condition que le traumatisé soit conscient).

Elle n'est pas dangereuse en théorie, mais un peu angoissante en regardant le plafond !

Elle sera complétée plus tard par l'utilisation d'un matelas coquille.

Un traumatisé inconscient, même avec un doute sur le rachis sera coquillé et mis en PLS. Du moment que l'on respecte l'axe tête-cou-tronc par traction puis immobilisation par matelas coquille, il n'y a pas de problème.

Contre indications

Elles sont nombreuses et non respectées ce basculement peut entraîner la mort par asphyxie.

- le cardiaque

- l'insuffisant respiratoire

- surtout l'épiglotte (voir dessous)

Note

Evitez d'avoir le réflexe d'imposer au patient la position à plat

A plat dos jambes surélevées

Malaise

C'est une bonne position provisoire pour un malaise à tendance syncopale.

Dès que la personne a repris ses esprits, peu à peu la position 1/2 assise sera plus agréable.

Attention on ne doit pas passer de cette position à une chaise brutalement.

Choc hémorragique

Les jambes surélevées permettent de tonifier la circulation sanguine avec le sang qui remonte au cœur.

Chez un traumatisé conscient et sans douleur palpable au niveau du rachis, on peut surélever légèrement la tête en position "hamac". Cette position est discutable.

Attention

Si on soulève les membres inférieurs d'un traumatisé

Cette position est définitive jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés

Choc hémorragique majeure

Si la détresse circulatoire (pouls filant mais pas de tension par ex) est préoccupante, on peut soulever à 90° les 2 membres inférieurs et en permanence.

Quelques signes sont révélateurs d'une hémorragie abdominale: éraflures, côtes basses douloureuses...

Rappelons que l'hémorragie interne n'est pas visible et pas forcément traumatique:

- GEU Grossesse Extra Utérine
- Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale chez une personne âgée

Contre-indications

Le choc cardiaque (dit cardiogénique) rare restera 1/2 assis.

Le plus souvent violente douleur thoracique avec ou sans détresse respiratoire (OAP) et effondrement de la tension (collapsus)

A plat ventre

Plaies des parties postérieures et latérales du tronc

Brûlure des parties postérieures et latérales du tronc

Abcès de fesse et kyste pilonidal

C'est une position que la personne prend spontanément pour calmer la douleur.

Il faudra bien recouvrir le patient et être discret lors des trajets en brancard car assez humiliante.

Après une intervention dans la région des fesses, la personne peut s'asseoir sur une petite bouée (pas aussi grosse que sur le dessin quand même !)

Installations selon la pathologie

Femme enceinte

Elle est allongée sur le côté gauche, pour éviter l'apparition d'une détresse circulatoire. On peut mettre un petit coussin sous le bassin droit (la fesse).

Le poids du fœtus appui sur les vaisseaux (veine cave) de l'abdomen et le sang ne revient plus au coeur. En mettant sur le côté, l'utérus bascule et appui moins.

Cardiaque

Il est installé demi-assis sauf...s'il fait un arrêt (décubitus dorsal)

Etat de choc, collapsus

Il n'y a pas de position idéale. La tête ne doit pas être trop haute, donc position demi assise modérée (ou à plat dos) et les jambes sont légèrement surélevées.

Surtout en cas de détresse circulatoire majeure par hémorragie massive et de crainte d'un arrêt cardiaque, on peut surélever les 2 membres inférieurs voire à 90°, mais attention, jusqu'à l'arrivée de soins médicaux, cette position doit alors être conservée. Si on réabaisse les jambes, la situation peut devenir dramatique.

A l'hôpital, après un accouchement ou une intervention avec les jambes en l'air dans des étriers, l'infirmière demande toujours au médecin anesthésiste si elle peut abaisser les jambes. Le médecin vérifie que la tension est bonne et que l'état circulatoire est satisfaisant. De toute façon, cet abaissement se fera progressivement et jambe après l'autre.

Insuffisant respiratoire

Il sera installé demi-assis.

Le malade demande même de s'asseoir sur le côté du brancard jambes pendantes. Ce n'est pas une situation stable pour le transport. Il faudra donc rester près de lui.

Le malade surtout l'asthmatique est angoissé et a la sensation d'étouffer et demande l'ouverture d'une fenêtre. Il faut user de beaucoup de psychologie pour dédramatiser la situation.

Epiglotite

Il s'agit d'une situation très exceptionnelle aux conséquences dramatiques.

Un enfant a une infection des voies aériennes supérieures sévère.

Il y a une forte fièvre, une altération de l'état général avec l'absence de voix et même un tirage respiratoire.

Ce sont tous les signes de l'infection du larynx ou laryngite.

MAIS, il y a un signe en plus : l'enfant est PENCHE en AVANT et refuse de s'allonger.

SURTOUT NE LE FORCER PAS ++++++

Que se passe-t-il ? En effet les microbes ont surtout attaqué l'épiglotte, le petit "épi" qui est situé juste avant la glotte, c'est à dire le larynx. Celui-ci gonfle. C'est l'épiglottite.

Il est maintenant facile de comprendre que si l'enfant bascule en arrière, la grosse masse de l'épiglotte pleine de pus va faire clapet sur le larynx et le boucher. L'asphyxie est majeure et très rapidement l'enfant meurt. C'est d'autant plus dramatique qu'à l'hôpital en quelques jours la situation va redevenir normale.

Beaucoup d'enfants infectés, arrivent en arrêt aux urgences.

Même si un seul ambulancier, parmi vous, rencontre une fois dans sa vie ce cas, ne l'oubliez JAMAIS. Merci.

Attention

Cas exceptionnel mais dramatique

Épiglottite = ½ assis, PENCHE en AVANT, sous peine d'arrêt cardiaque.

N'oubliez pas ce scénario

Plaie abdominale, éviscération

Il sera installé très légèrement demi-assis et surtout les cuisses fléchies afin de diminuer la tension sur les muscles abdominaux.

Plaie de l'œil

- sur le dos, tête calée
- surtout il faut demander au patient de ne pas tousser

Saignement de nez (épistaxis)

En sus de la compression de la narine, il est préférable de demander à la personne de se pencher en avant pour que le sang soit drainé vers l'extérieur et non pas vers le pharynx.

Note

Éviter la chute

Une vigilance importante doit être portée à la bonne installation du patient afin d'éviter une chute pendant le transport.

Manutention et brancardage

▷ Voir Module 4 Ergonomie

Il faut éviter tout geste dangereux qui risque

- d'aggraver les lésions notamment de la moelle épinière (rachis ou colonne vertébrale)
- de provoquer des douleurs pouvant avoir un retentissement sur l'état circulatoire (État de choc dit traumatique) ou cardiaque (Malaise dit vagal avec pouls lent)
- d'aggraver un mauvais état circulatoire

Une forte hémorragie interne à l'origine d'un collapsus peut s'aggraver si la mobilisation est brutale avec risque d'arrêt cardiaque.

Conditionnement

Protection thermique

Protection de confort

Même si vous avez chaud, le patient malade a souvent froid.

Pour son confort, il faut le réchauffer à l'aide de couvertures (attention à l'asepsie), ou plutôt avec une couverture isolante métallique à usage unique et surtout en maintenant une bonne température de l'habitacle.

Le cardiaque

Si le patient a froid, il va frissonner pour essayer d'augmenter sa température interne de son corps. Or ces frissons sont grand consommateur d'oxygène. La pompe cardiaque va donc beaucoup travailler. Et cela n'est pas bon pour le cœur malade comme le coronarien, c'est-à-dire le patient ayant des artères des coronaires rétrécies (Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine).

Il faut utiliser tous les moyens à sa disposition pour réchauffer un cardiaque qui a froid et frissonne.

Fièvre

Un malade fiévreux à froid, mais en théorie, surtout chez l'enfant, il faudrait le refroidir ce qu'il ne va pas toujours apprécier ! En effet, une variation rapide de la température vers le haut, risque d'entraîner une convulsion (crise d'épilepsie) appelée convulsion hyperpyrétique.

Hyperthermie ou coup de chaleur

C'est une situation redoutable, soit après un gros effort (type marathon) ou bien un environnement défavorable (canicule). Il faut donc le plus rapidement possible refroidir la victime avec des linges humides.

Panoplie du secouriste: thermomètre auriculaire et draps humides

▷ Voir détails maladies de l'environnement

Hypothermie, Etat de choc, Réanimation cardiaque en cours....

Il était classique d'enseigner qu'il faut réchauffer...

Or paradoxalement, il faut savoir que le froid protège les cellules qui manquent d'oxygène (hypoxie).

C'est tellement vrai qu'en chirurgie cardiaque, on utilise le refroidissement pour protéger le cerveau.

En conclusion, dans les situations critiques, il est préférable de respecter un certain degré d'hypothermie

Immobilisation

▷ Les détails seront étudiés dans le chapitre Traumatologie

Principes

Tout traumatisme: suspicion de fracture, entorses, les déchirures musculaires, rupture d'un tendon sera immobilisé.

L'immobilisation limite le mouvement pour :

- lutter contre la douleur
- éviter la compression de la moelle par une fracture du rachis instable notamment au cou. Il y a alors risque de paralysie par section de la moelle épinière
- éviter que la fracture abîme un vaisseau et surtout un nerf.

L'intensité de la douleur (traumatisme) peut retentir sur:

- la fonction cardiaque (Accélération ou baisse de la fréquence cardiaque) ce qui est dangereux chez un cardiaque.

On peut avoir une bradycardie voire un arrêt (heureusement provisoire, le cœur repart tout seul rapidement). C'est le malaise vagal.

- la fonction circulatoire (Hypertension ou hypotension).

Les secousses du transport n'arrangeront pas les choses !

Au préalable (fracture ouverte par ex.) il faut isoler les plaies par un pansement stérile.

Si le membre est déformé par la fracture, il ne faut pas essayer de réduire le déplacement. Un avis sera demandé au centre 15.

La sensibilité et les pouls périphériques seront notés.

Il faut immobiliser l'articulation sus jacente (au dessus) et sous jacente (en dessous) du membre supect.

Retrait du casque

Il sera retiré si:

- l'accès des voies aériennes est nécessaire lors d'une obstruction
- prise en charge de la ventilation lors d'une détresse respiratoire ou d'un arrêt cardio-respiratoire
- devant la suspicion de traumatisme du rachis afin de poser le collier

Après avoir relevé la visière, puis couper la sangle de la mentonnière, on retire le casque en tractant celui-ci vers le haut en se positionnant au dessus de la tête de la victime.

On maintiendra la tête en légère traction avec une main soulageant le cou.

Immobilisation colonne vertébrale

Collier cervical

Il permet d'immobiliser correctement le cou.

- Maintien de la tête à 2 mains

Pour cela, il faut maintenir la tête à 2 mains en position neutre (ni de flexion, ni d'extension) dans l'alignement du thorax

- Pose du collier cervical

Il est posé avant tout déplacement et après maintien de la tête en position neutre systématiquement chez un blessé inconscient.

Pendant que la première personne maintient la tête, la deuxième se place sur le coté, dégage les vêtements.

La partie arrière du collier est glissée sous la nuque, puis complétée par la partie avant. Le tout est solidarisé avec les sangles.

Matelas coquille

Le matelas immobilisateur dit matelas coquille maintient l'ensemble de la colonne vertébrale. Elle n'empêche absolument pas la position latérale de sécurité chez le blessé inconscient.

Plan dur

Faute de matériel, un rachis douloureux sera installé sur un plan dur mais avec une manipulation parfaite.

Immobilisation membre supérieur

Elle est réalisée, soit

- avec une écharpe avec une planchette matelassée pour le poignet et la main.
- une attelle à dépression immobilisera l'avant bras.

Quelque soit le type de matériel utiliser, il faut laisser visible la main.

Car Il faudra vérifier avant et après l'immobilisation la chaleur, la coloration, la sensibilité de la main et les pouls du poignet.

Il faudra essayer d'enlever aux doigts et au poignet les bijoux car la main risque de gonfler (œdème).

Devant témoin, les bijoux seront confiés aux proches ou conserver en lieu sur.

Immobilisation membre inférieur

Le matelas coquille immobilise bien toutes les fractures du membre inférieur.

On peut utiliser des attelles pour la jambe et des attelles spéciales pour le fémur

Même principe que le membre supérieur en laissant le pied visible (chaleur...) en enlevant la chaussure si possible sinon desserrer la chaussure.

Pansements

La mise en place sera avec des gants stériles.

Brûlé

▷ Voir détails brûlures

La victime est soustraite du feu au besoin en l'enroulant dans une couverture puis refroidissement si on est présent.

Bagues et alliances sont retirées, en cas de brûlure au bras, avant que l'œdème se développe.

Il faut emballer avec un drap stérile.

Le port de gants et d'une bavette sont nécessaires

Plaie

▷ Voir détails plaies

Il faut respecter la règle classique : "Ne pas toucher, emballer, étiqueter, évacuer"

Conditionnement médical

En présence d'une détresse vitale, l'intervention médicale d'un SMUR permettra de conditionner et d'essayer de stabiliser la personne avant son transport.

Ce conditionnement repose sur:

- Réa respiratoire intubation
- Ventilation artificielle avec respirateur
- Réa circulatoire pose voie veineuse
- Injection de médicaments
- Réa cardiaque mise sous scope
- Défibrillation au besoin
- Injection de drogues

▷ Revoir réanimation médicale (hors programme)

Consignes à respecter

Consignes du médecin

Avant le départ de son domicile, le malade aura, parfois été examiné par son médecin traitant, le médecin de garde ou un spécialiste des urgences comme « SOS médecins ».

Si une hospitalisation est prévue, une ordonnance a été faite avec une prescription notant le type de transport (VSL ou ambulance) et quelques consignes comme le transport sous oxygène.

Relais véhicule premier secours ou SMUR

L'ambulancier intervient à la demande des secours publics (Pompiers, SMUR) pour un transport d'une personne en état stable.

Les transmissions sont faites avec le médecin du SMUR ou le chef du véhicule. Une feuille d'intervention vous est confiée.

Transport secondaire

A l'hôpital ou en clinique, il est plus rare que les consignes soient notées par écrit ce qui est dommage. Il faut user de diplomatie pour que tout soit correctement transcrit.

Il ne faut pas oublier la lettre d'accompagnement et le dossier médical (qui ne sera pas ouvert ni lu pendant le transport).

Conditionnement malade appareillé

Si le transport par ambulancier est autorisé soit vers un hôpital (transport primaire) ou d'un établissement à l'autre (transport secondaire), le patient peut être porteur de sondes, tuyaux, cathéters, poches, drains...

Il est important avant d'effectuer le transport de tout vérifier. Citons quelques exemples:

- sonde à oxygène
- perfusion
- pousse seringue
- sonde urinaire avec poche
- sonde gastrique
- poche de colostomie
- trachéotomie
- plâtre
- redon

Le mieux est en présence de l'infirmière de tout contrôler ensemble.

▷ Voir chapitre maladies -> Transport d'un malade appareillé

Information

On ne peut pas demander à l'ambulancier des soins qui ne sont pas de son ressort.

S'il peut transporter un malade perfusé, porteur d'une sonde urinaire ou gastrique, il ne peut pas pratiquer ou surveiller des soins en cours comme une transfusion, ou l'utilisation par pousse seringue de médicaments puissants ou d'injecter un médicament à une heure donnée.

Dans ce cas, une infirmière doit accompagner le malade.

Pour les patients dont l'état clinique est instable avec une détresse d'une grande fonction vitale, le transport sera médicalisé avec un S.M.U.R.

Transport

Préparation de l'ambulance

Il faut vérifier que tout est prêt pour accueillir le patient:

- Cellule sanitaire chauffée
- Brancard nettoyé et protection en place: drap, champ, couverture alu
- Matériel nécessaire prêt notamment l'oxygénothérapie et l'aspirateur de mucosité

Installation dans l'ambulance

▷ Voir Module 4: Ergonomie

Il faudra être particulièrement attentif lors de l'introduction du brancard dans l'ambulance.

Si la personne est en détresse circulatoire, le brancardage sera toujours horizontal.

Le patient sera rassuré. Le trajet et sa durée seront expliqués.

▷ Voir Module 5: Relation et communication

Retentissement du transport

▷ Voir Module 6: Transport sanitaire

Le transport retentit sur l'organisme.

Si on ne fait pas attention, il risque d'aggraver la situation clinique surtout en cas de détresse circulatoire.

Vitesse

La conduite est lente, régulière, souple sans décélération ni accélération.

Il ne faut pratiquement jamais utiliser le frein et préférer le frein moteur, débrayer lentement, et ralentir dans les courbes.

Plus que la vitesse, ce sont les variations brusques qui sont néfastes: accélération et décélération.

En effet un collapsus est aggravé par le transport car une brutale décélération peut faire migrer le sang vers les extrémités du corps entraînant parfois un arrêt du cœur par désamorçage de la pompe cardiaque. Dans les courbes à forte vitesse, il apparaît une force qui tend à éloigner: c'est la force centrifuge. Elle entraîne, elle aussi, des mouvements des organes et du sang.

Vibrations

Toute secousse est néfaste comme une suspension défectueuse, une route en mauvais état, ou une vitesse excessive.

Elle aggrave la douleur des fractures, surtout peu immobilisées.

Elle peut entraîner un réflexe dit vagal avec ralentissement important de la fréquence cardiaque.

Il faut donc bien immobiliser les fractures et prendre des routes peu accidentés et en bon état.

Bruits

Ils aggravent le stress et le choc même chez les malades supposés inconscient.

Ils accélèrent la fréquence cardiaque et respiratoire.

Ils augmentent la sensation de fatigue du patient mais aussi de l'équipage.

L'avertisseur sonore sera utilisé avec modération et uniquement lorsqu'il est nécessaire.

Température

Hiver

Le véhicule est chauffé au préalable.

Le malade est souvent peu couvert.

Le moindre frisson chez un cardiaque est très mauvais puisqu'il fait travailler plus le cœur.

Eté

La climatisation est indispensable. Le véhicule ne doit pas stationner au soleil.

Altitude et variations

Les variations d'altitude sont mal supportées par les insuffisants respiratoires et cardiaques.

Il faut donc privilégier les routes à faible pente ou faire un détour pour éviter un col.

Les descentes se feront lentement, voire par paliers.

Mal des transports

Certaines personnes vivent mal le transport quelque soit son mode. Souvent rien que d'y penser, ils ont déjà les signes avant !

Il est favorisé par la chaleur, le confinement et les mouvements réguliers ou oscillants ainsi que les vibrations.

Surtout le malade doit avoir un repère visuel stable, ce qui n'est pas le cas s'il est allongé.

Il est plus fréquent chez l'enfant (2 à 12 ans) et le vieillard.

Il se traduit par :

- nausées et vomissements

- Des sacs seront prêts pour les vomissements.

La prévention repose sur :

Pour les longs transports des anti nauséux sont utilisés, sur prescription médicale mais font dormir donc pas toujours recommandés chez les personnes fragiles.

Si non le psychique jouant beaucoup, le fait de rassurer, de parler, de détourner l'attention sont très efficaces.

Le transport demi assis avec vue sur l'extérieur est très utile pour fixer une ligne droit à l'horizon dans le paysage.

On doit baisser la température, aérer voire faire des pauses avec sortie du patient.

Il est déconseillé de lire pendant le trajet

Surveillance continue

Bilan initial correct = Transport sans problème

En théorie, si le bilan initial a été correctement effectué, les patients en détresses sont transportés par une équipe médicalisée (SMUR).

Le feu vert sera donné à l'ambulancier pour le transport que si l'état clinique du patient est stable et satisfaisant.

Donc les éléments du bilan sont là pour vérifier que la situation est stable.

Si malheureusement la situation reste grave, l'ambulancier reste sur place en attendant de l'aide. il n'est pas question de partir et de laisser la personne seule ou avec sa famille !

Néanmoins, l'état du malade ou blessé peut évoluer à tout moment.

C'est pourquoi la personne transportée sera toujours surveillée visuellement à la recherche de signes d'alerte

Le principe est toujours le même: une personne conduit, une autre surveille et accompagne le patient.

Note

La meilleure surveillance est visuelle avec un des membres de l'équipage toujours présent avec le malade dans la cellule sanitaire.

Répéter le bilan

Le bilan doit être répété en prenant les constantes habituelles:

- état de conscience et dialogue correct
- fréquence respiratoire, et amplitude sans détresse
- chaleur peau et coloration, sans sueurs
- saturation en oxygène si appareil
- pouls, tension sans douleur thoracique

Le premier bilan est pratiqué, dès l'arrivée de l'ambulancier sur les lieux.

Il est renouvelé :

- juste avant le départ,
- à intervalles réguliers pour les paramètres vitaux : conscience, pouls, tension, fréquence respiratoire
- à l'arrivée en commun avec l'équipe soignante (transmission des informations)

Note

L'état clinique d'un malade est évolutif, d'où les bilans répétés

Tous ces examens seront consignés par écrit sur une feuille de surveillance

Si malheureusement la situation se détériore, l'ambulancier s'arrête, demande l'aide au centre 15 et effectue les gestes de secours en reprenant la démarche depuis le début: bilan vital et réanimation.

Attention

au malade qui devient pas bavard et bien pâle
trop agité, pas forcément d'origine psychique
apparition de sueurs

Vérifier la bonne position du patient

On vérifiera que le brancard est bien arrimé et que la personne est confortablement installée ou en position de sécurité.

Information

Février 2012 : "Pour homicide involontaire, un ambulancier de 44 ans a été condamné à un an de prison avec sursis, et son employée de 27 ans à six mois de la même peine par le tribunal correctionnel de Caen.

Le 30 avril 2007, une retraitée de 67 ans est décédée après une chute lors d'un transport dans une ambulance vers son domicile après des soins à l'hôpital. La famille de la défunte recevra 56 000 € de dommages et intérêts. L'ambulancier s'est aussi vu signifier une interdiction de gérer son entreprise pour un an."

Transmission à l'arrivée à l'équipe soignante

A l'arrivée du malade en milieu hospitalier, un dernier examen sera pratiqué et comparé au premier examen afin d'estimer si l'état clinique reste stationnaire, s'aggrave ou s'améliore.

Si la prise correcte des constantes ne prête pas à discussion (données objectives), l'évaluation de la conscience, de l'amplitude respiratoire est une mesure très personnelle (données subjectives).

C'est pourquoi il faut dialoguer avec l'équipe soignante:

Par ex: "J'ai trouvé le malade un peu somnolent, mais depuis son état n'a pas changé" Pour vous il était somnolent mais pour l'infirmière il est dans un coma stade 2 ! En conclusion il n'y a pas d'aggravation mais vous avez mal évalué et minoré l'état de conscience.

Attention

Réceptionner aux urgences un traumatisé crânien somnolent :
- 1^{er} cas : somnolent dès l'accident = grave, bilan nécessaire
- 2^{ème} cas: conscient à la prise en charge, somnolent à l'arrivée
TRES URGENT, SCANNER IMMEDIAT, risque d'hématome extra dural

Info

L'avenir : la possibilité future d'utiliser des téléphones mobiles dotés d'une application ad hoc pour analyser des paramètres biologiques aussi précis que la saturation en oxygène du sang, en plaçant simplement son doigt sur le capteur optique du téléphone.

Feuille de transport

Un compte-rendu de chaque transport sera consigné par écrit sur une feuille dite de "surveillance" ou fiche de transport. Le double de cette feuille sera conservé par l'ambulancier et l'autre donnée au service d'accueil.

Lors du bilan des notes ont été prises sur les circonstances, l'examen du malade ou blessé et le résultat des prises des constantes vitales.

Elle a l'énorme avantage de suivre un ordre précis et de permettre d'avoir un plan pour la transmission du bilan puisqu'il suffit de la lire.

Utilité

Intérêt médical

C'est la première feuille du dossier médical d'urgence.

Le malade n'est pas toujours accompagné et n'est pas toujours apte à répondre à l'interrogatoire de l'interne de garde.

Or, il est important pour le médecin de garde de bien connaître:

- les circonstances de l'accident ou de la maladie,
- la position du sujet sur les lieux
- l'état du malade lors de la prise en charge
- les gestes que l'ambulancier a pu pratiquer pendant le transport.

C'est aussi un élément comparatif, permettant de juger si à l'arrivée à l'hôpital l'état du malade est stationnaire, amélioré ou aggravé.

Intérêt légal

L'ambulancier doit pouvoir justifier auprès:

- de la sécurité sociale que la prestation a été de qualité, puisque c'est elle qui paye.
- du juge qu'aucune faute n'a été faite.

Un malade mécontent peut se plaindre et parfois plusieurs années après le transport. Comment se souvenir et prouver que l'ambulancier est arrivé à telle heure et que le malade était dans tel état, et que certains gestes efficaces ont été pratiqués?, si ce n'est qu'en conservant le double des feuilles de transport, bien remplies.

Elle pourra même être saisie par la justice pour expertise médicale.

Que contient cette feuille ?

Il existe de nombreux modèles de feuille.

Exemple de feuille de surveillance (Modèle de Turbulences)

Une feuille type contient en général 4 parties :

- administrative
- médicale
- bilan
- observations

Partie administrative

En principe en haut et horizontale, comprenant :

- date et heure de la prise en charge
- identité du malade : nom, prénom, sexe, âge, adresse, n° de sécurité sociale
- identité de l'ambulancier : Nom de l'Entreprise, du Chef de Bord
- identité du médecin prescripteur : qualité, adresse et n° de téléphone
- le lieu de prise en charge
- le lieu de destination

Partie médicale

Elle résume les renseignements médicaux :

- antécédents du malade
- traitement en cours
- le type de malade : maladie, blessé, accident du travail, de la voie publique, parturiente (femme enceinte)
- circonstances de l'accident, de la maladie

Bilan

En général en colonnes verticales correspondant aux différents temps de la surveillance du malade

- colonne de gauche

Elle sera remplie à l'arrivée de l'ambulancier sur les lieux de la détresse (c'est l'heure de prise en charge).

- dernière colonne de droite:

Elle sera remplie à l'arrivée à l'hôpital. C'est le bilan final.

- 2 colonnes du milieu :

Elles seront remplies, lors d'une modification du bilan du malade lors du transport.

Observations

Une zone vierge, en général en bas permet à l'ambulancier de noter les observations qui ne peuvent pas être incluses dans le bilan.

Par exemple : l'apparition d'une douleur particulière à une heure précise, arrêt du véhicule et demande d'assistance au SAMU...

Position à l'arrivée de l'ambulance

Il ne faut pas confondre avec la position d'installation dans l'ambulance ou la position d'urgence mise en route par l'ambulancier.

Consignes du médecin

Elles sont en général écrites sur une ordonnance du médecin : inhalation d'oxygène, mise en P.L.S., rouler lentement...

Appareillage en place : habituellement il s'agit de la sonde d'oxygène avec son débit en litres/minute (par ex. : 3 l/mn) ou d'une perfusion avec son goutte à goutte (par ex. : X gouttes/minute, attention il est classique d'inscrire le nombre en chiffres romains).