

Handicapés

Module 2

[Définitions](#)

[Handicaps moteurs](#)

[Handicaps respiratoires](#)

[Handicaps sensoriels](#)

[Handicaps de la communication](#)

[Autres handicaps](#)

[Alitement](#)

[Aide](#)

[Transport d'un patient appareillé](#)

Définitions

La déficience est la dégradation d'une fonction. L'incapacité est l'impossibilité d'accomplir une activité.

Ces handicaps sont temporaires ou définitifs.

Ils résultent d'une maladie, de naissance, d'un traumatisme ou de l'usure des organes (vieillesse).

Si l'« handicap est important, la personne est invalide et/ou dépendant.

L'handicapé moteur (séquelles d'AVC, post traumatique...) nécessite aide et séances de kinésithérapie.

L'handicapé respiratoire (principalement l'insuffisance respiratoire chronique) a besoin d'oxygène, de surveillance (consultation) et parfois retour à l'hôpital pour décompensation respiratoire.

La perte de la vision s'appelle la cécité, de l'audition la surdité.

L'escarre se forme lors d'un appui sans mouvements (alitement prolongé). La peau devient rouge, puis s'abîme.

Il faut l'éviter par un changement de position fréquent et des soins d'hygiène.

Pour le transport, l'escarre sera protégée, les déjections nettoyées et la personne bien positionnée.

Il s'agit d'une synthèse des différentes maladies avec handicap vues dans ce module 2.

La déficience

C'est la dégradation d'une fonction :

- anatomique (déficience physique),
- physiologique (déficience sensorielle ou viscérale)
- psychique (déficience mentale)

Cet état est définitif ou temporaire, par rapport à une personne normale.

Elle résulte d'un accident, d'une maladie ou tout simplement de la vieillesse. Elle est acquise.

Mais si elle existe dès la naissance, transmise par les parents, elle est héréditaire.

L'incapacité

Tous les jours nous accomplissons des tâches comme se nourrir, s'habiller.

L'incapacité, c'est donc l'impossibilité d'accomplir totalement ou partiellement une de ces activités.

Cette incapacité résulte en général d'une déficience.

Par ex, une fracture (déficience physique) entraîne une incapacité de marcher. La fonction de locomotion est réduite.

◀ Revoir les besoins fondamentaux

Le handicap

La déficience et donc l'incapacité ne permettent pas de vivre normalement dans son environnement, son milieu social. On dit que la personne est handicapée.

Mais sa tolérance est variable d'un sujet à l'autre et est fonction aussi de l'aide que le malade peut obtenir.

On parle donc de le handicap fonctionnel mais aussi de l'handicap socioculturel.

Les besoins de l'handicapé seront différents chez une personne isolée, vivant seule chez elle que chez un malade bien intégré dans sa famille.

Après une maladie aiguë ou d'un accident, l'handicap est temporaire (par ex. l'immobilisation d'une fracture), une rééducation permettra de guérir sans séquelles. Mais l'handicap peut aussi ne pas disparaître complètement. On parle alors de séquelles qu'il faudra chiffrer pour mesurer le taux d'invalidité.

L'invalidité

Si la personne travaillait, il faut essayer de le reclasser dans le monde du travail et de calculer son taux d'invalidité, voire une aide financière. Souvent la personne devient inapte au travail. C'est le rôle de la COTOREP ou commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

La dépendance

Lorsque l'handicapé a besoin de l'aide d'une personne ou d'un appareil comme un fauteuil roulant, on dit qu'il est dépendant.

Il a aussi besoin de médicaments comme des anti-douleurs, (antalgiques).

◁ Revoir cours sur la douleur

Handicaps moteurs

La personne ne peut plus effectuer normalement les mouvements habituels de la vie courante comme la marche ou les mouvements des membres.

Les signes

Paraplégie

C'est la paralysie des 2 membres inférieurs, après section ou compression de la moelle.

Malgré une intervention chirurgicale rapide, la paralysie persiste souvent. Les muscles sont paralysés, puis des positions vicieuses apparaissent si aucune mobilisation n'est faite. L'insensibilité est totale.

Il existe aussi des troubles pour uriner et des risques d'escarres. Une rééducation intensive permet de diminuer ces séquelles.

Tétraplégie

C'est la paralysie des 4 membres, par atteinte du rachis cervical. Une atteinte respiratoire associée est fréquente et grave.

Hémiplégie

C'est la perte du mouvement d'une moitié du corps. Le membre paralysé est flasque ou au contraire rétracté. La marche est souvent difficile. Elle survient après un traumatisme et surtout un accident vasculaire cérébral. Elle apparaît de l'autre côté de la lésion au cerveau.

Elle peut être associée à une paralysie faciale (de la face, de même côté que la lésion) et/ou des troubles de la parole (aphasie).

Autres

Marche hésitante

Troubles de l'équilibre

Parole difficile

Troubles sensitifs associés

Raideur des articulations

Hypertonie musculaire

Fausse route

Mouvement incontrôlés : mimique, tics...

Quelques maladies ou traumatismes handicapants

Accident vasculaire cérébral

Il laisse souvent de lourdes séquelles :

- une aphasie ou trouble de la parole

- des troubles de la mémoire

- des troubles du comportement, par exemple la personne peut pleurer souvent, être irritable et peu coopérante

- une hémiplégie, c'est la paralysie de la moitié du corps.

◁ Revoir cours AVC

Sclérose en plaques

La personne devient peu à peu invalide avec des périodes d'aggravation, de stabilité ou d'amélioration. Elle touche les nerfs au hasard d'où des signes variés comme:

difficulté à parler, troubles de la marche, contrôle difficile de la miction...

Maladie de Parkinson

La marche se fait à petit pas, au repos les mains tremblent, son visage se fige et la parole est mal articulée et monotone.

◁ Revoir cours neuro

Fractures

Elles sont consolidées par la chirurgie ou par immobilisation par plâtre. Après les articulations sont ankylosées, il faut les rééduquer.

Arthrose

C'est une maladie des articulations qui vieillissent anormalement vite. L'articulation devient raide et douloureuse. Des médicaments améliorent la situation. La hanche ou le genou sont parfois remplacés par une prothèse dite prothèse de hanche ou P.T.H. ou de genou P.T.G.

Amputation d'un membre

En dehors des accidents, elle est en rapport avec une maladie des artères ou artérite souvent favorisée par le tabac et/ou le diabète.

Myopathies

C'est une maladie héréditaire qui atteint les muscles entraînant des paralysies multiples des membres mais aussi troubles respiratoires car ne l'oublions pas la respiration se fait avec des muscles!

Maladies rhumatologiques (savoir +)

- spondylarthrite ankylosante
- polyarthrite rhumatoïde
- goutte

Toutes ces maladies entraînent : douleur, déformation, handicaps.

Infirmes moteurs cérébraux ou I.M.C.

Les signes sont variables selon la zone atteinte dans le cerveau. Citons : une marche difficile, une mimique avec des tics et grimaces, une difficulté à coordonner les mouvements de la vie courante.

Traumatisme crânien

Des séquelles motrices sont possibles.

Traumatisme rachidien

Une fracture avec déplacement du rachis peut sectionner la moelle épinière à l'origine d'une paraplégie ou tétraplégie selon le niveau.

Handicaps respiratoires

Les signes

Le patient tousse souvent et crache.

Il est essoufflé, respire vite et s'arrête de parler pour reprendre sa respiration. On parle de dyspnée.

Au début cela survient à l'effort puis dans la vie quotidienne et enfin en permanence (dyspnée de repos).

Principalement en hiver, il présente des décompensations respiratoires dues à une infection.

◁ Revoir signes cliniques

Quelques maladies handicapantes

Insuffisance respiratoire chronique

Les poumons sont détruits par différents mécanismes : tabac, pollution, facteur génétique..

Au microscope, il y a de moins en moins de structures pulmonaires comme un gruyère plein de trous et les bronchioles se bouchent.

L'oxygène a du mal à rentrer dans la circulation puis le gaz carbonique diffuse mal vers les alvéoles.

L'infection aggrave la situation. On parle de BPCO ou bronchopneumopathie chronique obstructive.

L'oxygène est souvent nécessaire à très faible débit, notamment à l'aide d'un concentrateur d'oxygène.

Puis une assistance respiratoire à l'aide d'une machine (un ventilateur) devient nécessaire avec un masque facial, puis en continue à l'aide d'une trachéotomie.

Asthme

L'air entre difficilement dans les alvéoles mais ne peut plus sortir à l'expiration car les petites bronches sont rétrécies voire bouchées.

Souvent le patient a des antécédents d'allergie. La pollution de l'air n'arrange pas les choses.

Des médicaments par aérosol vont dilater les bronchioles et ainsi améliorer la situation.

Exceptionnellement la crise s'aggrave et l'asphyxie devient dramatique nécessitant l'intervention du SAMU.

◁ Revoir cours crise d'asthme

Mucoviscidose

Elle détruit dès l'enfance les poumons. Les sécrétions bouchent les bronches.

Trachéotomie

C'est un trou qui est pratiqué dans la trachée au niveau du cou.

Elle est nécessaire lorsque le malade a le larynx obstrué, comme dans un cancer.

Certains insuffisant respiratoires sont améliorés par ce court-circuit, ainsi que les comateux, et tous les malades neurologiques ayant du mal à avaler.

▷ Voir détails transport patient appareillé

Apnée du sommeil

Certaines personnes oublient de respirer en dormant notamment les ronfleurs et les obèses. Le taux d'oxygène baisse dans le sang (hypoxie) mais heureusement le cerveau est vigilant et stimule le dormeur qui se réveille... Conclusion le sujet a l'impression qu'il n'a pas bien dormi et de plus ces organes qui ont manqué d'oxygène s'usent plus vite. C'est comme si vous conduisiez avec le frein à main.

On peut dépister ces personnes et leur confier une machine à domicile avec un masque qu'ils mettent la nuit.

Handicaps sensoriels

Handicap visuel

0,50 % de la population générale présente un handicap visuel. 0,10 % a une perte complète de la vision.

On parle aussi de cécité.

Handicap auditif

0,15 % de la population générale présente un problème auditif majeur. 0,05 % à une perte complète de l'audition. On parle de surdité.

Pour parler à un malentendant, il faut attirer l'attention avant de parler, penser que votre interlocuteur lit le mouvement de vos lèvres. Il faut ne pas cacher sa bouche, articuler sans excès, ne pas crier et faire des phrases courtes.

Handicap de la communication

Les troubles de la mémoire, de la parole, de la lecture et de la compréhension sont présents chez 40 % des personnes âgées entrant en institution. Ces handicaps favorisent le repli sur soi.

Rappelons que l'aphasie est un trouble de la parole, souvent associé à une hémiplégie. L'origine est souvent un AVC.

Mais attention, la compréhension est variable. Curieusement certaines personnes ne comprennent pas ce que vous dites, mais par écrit, tout est clair !

Maladie d'Alzheimer

Il s'agit d'un vieillissement anormalement rapide et prématuré du cerveau.

La personne oublie ses souvenirs avec désorientation.

◁ Revoir cours neuro

Coma prolongé

Après un traumatisme crânien ou une anoxie cérébrale (mort subite, asphyxie...), l'inconscience peut se prolonger pendant un temps très variable, voire absence de réveil.

Un traumatisé peut se réveiller mais avec parfois des séquelles diverses: paralysie, troubles de mémoire...

Après un arrêt cardio-respiratoire, grâce à une réanimation efficace, le cœur peut repartir, mais le cerveau a déjà souffert de l'absence d'oxygène ou anoxie.

En cours d'hospitalisation des complications peuvent survenir : surinfection pulmonaire, escarres. On parle de complications de décubitus (d'alitement)

Le comateux est alité dans un lit antiescarre,

Selon la profondeur du coma, on a :

trachéotomie

ventilation artificielle

perfusion

sonde urinaire

alimentation par sonde

Handicaps mentaux

Lorsque le trouble du comportement est incompatible avec une vie sociale normale, on le classe dans l'handicap mental.

On peut classer l'handicapé selon un test qui donne le degré d'intelligence ou Quotient Intellectuel (Q.I.)

- Débilité légère : QI entre 65 et 80

- Débilité moyenne : QI entre 50 et 65
 - Débilité profonde : QI entre 50 et 30
- Rappelons qu'un sujet normal a un QI largement supérieur à 100.

Autres handicaps

Handicapé cardiaque

Malade porteur d'une pile

On parle de stimulateur cardiaque ou pace maker.

C'est un fil électrique dans une cavité du cœur relié sous la peau du thorax à un petit appareil électrique. Il a pour rôle d'entraîner électriquement le cœur en cas de défaillance notamment si le pouls est trop lent.

Un contrôle régulier de cette pile est nécessaire.

Les grandes constantes vitales seront prises : pouls, tension...

Le risque exceptionnel pendant le transport est l'inefficacité cardiaque (arrêt cardiaque). Il faudra alors pratiquer les manœuvres habituelles de réanimation.

Défibrillateur implantable

Pour les patients à haut risque de troubles du rythme cardiaque (antécédents mort subite, insuffisance cardiaque), il est maintenant possible d'implanter un mini-défibrillateur.

◁ Revoir cours défibrillateur (M1)

Futur greffé du cœur

Le cœur véritable pompe cardiaque peut s'user prématurément, parfois en peu de temps. Une insuffisance cardiaque dramatique et irréversible survient. La survie du malade est alors de courte durée.

Le cardiologue peut proposer une transplantation cardiaque ou "greffe du cœur", véritable "échange standard". Le malade est mis sur une liste d'attente.

Si son état le permet il quitte l'hôpital et doit pouvoir être joint rapidement, pour se rendre à l'hôpital universitaire (C.H.U.) le plus rapidement possible.

L'ambulancier peut participer à cette véritable course contre la montre.

Le transport se fait demi-assis, souvent sous oxygène.

◁ Revoir cours insuffisance cardiaque

Handicapé rénal

Chez l'insuffisant rénal chronique, les reins ne peuvent plus éliminer les déchets comme l'urée, mais aussi l'eau.

Ces produits vont s'accumuler dans l'organisme et sont toxiques

Un appareil d'hémodialyse ou rein artificiel va épurer le sang de ces éléments néfastes.

Il y a plusieurs séances par semaine.

L'insuffisance rénale peut guérir si le malade reçoit des reins neufs. C'est une transplantation rénale ou greffe du rein.

◁ Revoir cours insuffisance rénale

Handicapé digestif

Alimentation défaillante

Des maladies empêchent une bonne alimentation, par ex. :

- cancer larynx, œsophage
- coma prolongé
- anorexie mentale
- chirurgie digestive...

Le patient est porteur d'une sonde gastrique ou directement d'une gastrostomie voir une alimentation par les veines (dite "alimentation parentérale")

Maladies inflammatoires chroniques (Savoir +)

Elles peuvent atteindre une ou plusieurs parties du tube digestif (préférentiellement le côlon, une partie du grêle et/ou l'anus).

Ce sont des maladies évoluant par poussées, alternant avec des phases dites de rémission (c'est-à-dire de disparition des signes cliniques de la maladie).

Des complications sont possibles nécessitant une admission d'urgence.(hémorragie digestive, occlusion, infection...)

▷ Maladie de Crohn

▷ Recto colite hémorragique (R.C.H.)

Colostomie (Anus artificiel)

Après une intervention chirurgicale (cancer colon, urgence abdominale...), il est parfois nécessaire de pratiquer un anus artificiel, c'est-à-dire une dérivation du colon directement à la peau. Les matières sont recueillies dans une poche.

◀ Revoir cours maladies digestives

Alitement

Une personne alitée en permanence risque, plus que d'autres, d'avoir des complications appelées : " complications de décubitus ".

Ce sont :

- les escarres aux points d'appui
- les infections respiratoires
- les infections urinaires
- une dénutrition (perte de poids)
- une phlébite (caillot de sang dans les veines des membres inférieurs) avec risque d'embolie pulmonaire
- une rétraction des membres avec diminution de la motricité et atrophie musculaire
- des compressions des artères entraînant une ischémie

Si la personne est de plus en plus au lit, un cercle vicieux apparaît avec :

- isolement et dépression
- dépendance d'un tiers
- perte d'appétit, constipation
- risque de déshydratation
- peur de ne pas se relever, chutes
- passage à l'état grabataire

Escarres

C'est la peau qui s'abîme par un appui prolongé (alitement, inconscience...).

La peau et tout ce qu'il y a en dessous (graisse, muscles...) ne reçoit plus de sang donc d'oxygène et de sucre car le poids du corps fait "garrot".

D'où l'apparition d'une ischémie puis d'une nécrose.

Constitution

Elles sont en rapport avec une compression de la peau et des tissus voisins par le poids du malade contre un plan dur chez un patient qui bouge très peu. La circulation sanguine est garrottée, elle s'arrête, les tissus ne sont plus irrigués. Il y a destruction de la couverture cutanée, peau voire tissus voisins, y compris parfois des muscles. L'os est parfois à nu. Regardez lorsque vous êtes avachie dans votre fauteuil en regardant la TV. Régulièrement vous changez d'appui en bougeant les fesses !

Quand ?

Elles surviennent chez des personnes âgées, alitées, immobiles, et chez les paraplégiques ou tétraplégiques.

Elles apparaissent aux zones peu rembourrées par de la graisse et prenant appui contre un plan dur:

- les fesses et le sacrum,
- le talon,
- la face interne des genoux,
- le dos et la face postérieure du crâne (occiput).

En théorie une escarre ne doit pas survenir. C'est un défaut de soins.

Facteurs favorisants

Ce sont:

- fragilité de la peau, humidité
- trouble de la circulation du sang
- dénutrition (mauvaise alimentation)
- limitation mouvement, plan dur
- pli du drap
- action de la pression, pas de changement de position
- détérioration préexistante des tissus

Stades

Elles se reconnaissent d'abord par une zone rouge qu'on appelle "érythème". Si on appuie avec le doigt, ça laisse une empreinte blanche qui disparaît rapidement. La vascularisation est encore bonne. Si des soins fréquents sont pratiqués, la plaque régresse.

Puis des plaques violacées et noirâtres, ensuite la peau s'ouvre avec une phlyctène. Un trou plus ou moins profond va se constituer. Des soins importants et prolongés seront indispensables avec parfois intervention chirurgicale.

Prévention

Le changement de position doit être fréquent avec massage des zones rouges.
Une hygiène rigoureuse est indispensable avec changement des draps et couches devant une incontinence.
On évitera la dénutrition grâce à une bonne alimentation.
La personne sera installée à l'hôpital en position adaptée avec les zones d'appui protégées, si possible sur un matelas spécial type "alternating" constitué de boudins d'eau ou d'air en mouvement.

Transport

L'escarre est protégée. Surtout le malade est fréquemment changé de positions tout en protégeant les points d'appui.
Les draps seront propres et sans pli.
Il faut respecter les règles élémentaires d'hygiène et surtout ne jamais laissé le malade dans ces déjections: selles ou urines.
Il faut immédiatement nettoyer et changer les draps.
Si le trajet est long, les escarres (en voie de constitution) seront massées.
Aucun tuyau, sonde urinaire, voire poire d'appareil à tension(!) ne prendra appui sur le corps du patient.
Sans contre-indications, la personne boit abondamment.

Aide

Kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie sont des moyens de lutte contre les handicaps.
L'handicapé utilise du matériel d'aide à la marche (fauteuil, déambulateur, cannes...), à la respiration (oxygène...).
Le transport nécessite un accompagnement spécifique à chaque handicap.

Lutte contre les handicaps

La conséquence d'un handicap est la dépendance nécessitant, pour les actes courants de la vie quotidienne, l'aide d'une autre personne avec du matériel particulier.

Rééducation

Kinésithérapie

C'est la mobilisation des articulations, du rachis, des segments de membre en vue de leur rendre la souplesse et la force.
Elle débute dès l'hospitalisation, et elle est poursuivie après la sortie du malade.
Parfois le malade est transféré dans un centre spécialisé pour une rééducation intensive.
Après une fracture, lorsque le plâtre est enlevé, il faut mobiliser les articulations sus et sous jacente, puis rééduquer les muscles, par des contractions musculaires répétées. Il faut ensuite réapprendre les gestes de la vie courante, notamment au membre supérieur, et si la lésion porte sur les membres inférieurs: reprise de l'appui et réentraînement à la marche.
Les maladies respiratoires peuvent bénéficier d'une kinésithérapie respiratoire quotidienne.
Les soignants qui s'occupent de cette rééducation s'appellent des masseurs kinésithérapeutes ou "kiné".

Ergothérapie

C'est la rééducation des malades par le travail. Elle permet la récupération des forces motrices et intellectuelles en même temps, en développant l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le malade est entraîné à la reprise des tâches ménagères.
Cette méthode est aussi utilisée chez les personnes âgées.

Orthophonie

C'est la rééducation du langage. Les soignants s'appellent des orthophonistes

Réinsertion sociale

Après un séjour hospitalier, il est parfois nécessaire de transférer le malade dans un service de rééducation ou de diététique.
Le retour à domicile est aussi possible avec un service d'Hospitalisation à Domicile ou H.A.D.
Une aide ménagère est aussi utile.
Des lois sociales permettent de réserver des emplois pour les handicapés.(Voir Cotorep, pages précédentes).

Matériel pour Handicapés

Aide à la marche

Fauteuil roulant

Il permet de déplacer en position assise un malade qui ne peut marcher. L'ambulance doit permettre son utilisation.

Déambulateur

Il s'agit d'un appareil de protection et d'appui qui permet au malade de marcher en toute sécurité.

On choisira un déambulateur à hauteur réglable car il doit pouvoir être levé du sol quand la personne le soulève au début, on doit l'aider, jusqu'à ce qu'elle ait plus de force et d'entraînement. En le reposant au sol le sujet doit avoir les bras tendus et faire porter son poids sur eux.

Cannes axillaires

Ce sont 2 tiges avec un appui pour les mains, avec au dessus un reposoir pour les avant bras. Elles ont comme avantages, un bon équilibre et une sécurité d'appui, mais les inconvénients sont leurs encombrements et sont peu esthétiques.

Cannes anglaises

Elles reportent l'appui d'une partie du poids du corps, sur les mains et l'avant bras. L'avantage est la légèreté, peu encombrante, mais moins stable que les cannes axillaires

Appareillage orthopédique

Il est très varié, à base de prothèse externe et d'orthèse, souvent réalisées sur mesure par des orthoprothésistes.

Les 2 grandes catégories d'appareillage que le prothésiste peut proposer à une personne handicapée sont :

- La prothèse. Elle remplace une fonction, par ex. une prothèse de jambe.

- L'orthèse. Elle aide une fonction par ex ; une canne, un fauteuil ou une chaussure orthopédique.

Il y a besoin d'une entente préalable de la sécurité sociale et le remboursement est soumis au TIPS (tarif de responsabilité des caisses d'Assurance Maladie)

Appareillage du rachis cervical

Ils sont utilisés lors d'un traumatisme du rachis cervical de type entorse, mais aussi torticolis, poussée d'arthrose... Sa fonction est d'immobiliser le rachis et d'éviter la douleur. Ces appareils sont des colliers en mousse, recouvert de jersey ayant un effet antalgique uniquement car l'immobilisation n'est pas rigoureuse.

Les colliers rigides de type minerve sont utilisés dans les fractures.

Appareillage du rachis lombaire

Ils sont prescrits dans les douleurs du dos: lumbago chronique, sciatique. Il s'agit de ceinture de soutien aux grands corsets. Leur efficacité est contestée.

Appareillage des membres

Pour les entorses, on utilise des contentions adhésives, des genouillères...

Appareillages respiratoires

Aérosol

C'est un appareil qui délivre un fin brouillard d'eau avec éventuellement des médicaments .Le malade respire ce mélange et ces particules pénètrent jusque dans les alvéoles.

Il est utilisé chez l'asthmatique.

Oxygène

Les insuffisants respiratoires chroniques ont besoin, quand leurs poumons sont détruits, d'oxygène en permanence.

Il est délivré par une bouteille d'oxygène comprimé, ou par un extracteur d'oxygène qui marche à l'électricité.

◁ Revoir cours complet oxygénothérapie (M1)

Aspirateurs de mucosités

Il s'agit d'une source de vide, sur batterie ou sur courant électrique qui permet d'aspirer des sécrétions d'un malade porteur d'une trachéotomie.

◁ Revoir cours aspirateur de mucosités (M1)

Ventilateur artificiel

Certains insuffisants respiratoires ne peuvent plus respirer seul.

Dans un premier temps à l'aide d'un masque facial étanche, on pratique la ventilation dite "non invasive" ou VNI.

La nuit, les personnes atteintes d'un syndrome d'apnée du sommeil ont besoin aussi d'être appareillé (Ventilation en pression positive continue ou CPAP)

Lors d'une hospitalisation, il ne faudra pas oublier d'amener tout l'appareillage personnel du patient.

Transport selon l'handicap

Personne âgée

Les troubles de la vision et/ou de l'audition nécessitent une aide en lui prenant le bras et en parlant fort si besoin.

La marche peut devenir difficile.

Il faut prévenir les chutes en l'aidant à la montée et descente de l'ambulance.

Il faut respecter le malade, éviter le tutoiement et les mots familiers. La perte d'autonomie est fréquente. Il est dépendant.

Il faut prévenir l'apparition d'escarres ou les protéger.

Attention, toutes les personnes (notamment pour une simple consultation) n'ont pas toujours besoin d'être transporté sur un brancard, un VSL peut suffire.

Personne grabataire alitée

Les problèmes à se poser au cours du transport seront :

- prévention escarres
- lutte contre la déshydratation
- surveiller l'élimination
- problème de communication
- problème de mobilité

Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Ce patient a besoin de séances rapprochées de kinésithérapie. Il s'agit d'une hémiparésie avec ou sans aphasie (c'est à dire de troubles de la parole). Le membre paralysé est en rétraction. La marche est difficile. Il faudra donc s'aider d'appareillages.

Avant tout transport il faudra pratiquer un bilan, évaluant son degré de conscience et de ventilation et son déficit de type aphasie, hémiparésie.

On vérifiera si le patient est porteur d'une sonde urinaire, d'une perfusion, s'il a des escarres.

L'ambulancier aidera l'hémiparésique dans ces déplacements. Il faut se renseigner sur les possibilités du malade et sur ses capacités de déplacement.

Même s'il ne peut pas parler il peut comprendre vos paroles. il faut donc expliquer au malade tous les manœuvres à pratiquer. Au besoin on s'aidera d'une ardoise magique car parfois il comprend l'écrit et pas la voix.

Pour une simple hémiparésie à mobilité réduite, il faut s'assurer le soutien et le maintien du malade pour éviter la chute, en se maintenant en permanence au contact du malade (bloc hanche-cuisse-genou) et en le soutenant. S'il a une canne, on se met du côté malade, sinon du côté sain. Un transport en VSL peut alors suffire.

Coma chronique

Un patient après un séjour en réanimation puis en service de moyen séjour sera parfois transféré sur une longue distance vers un centre spécialisé.

Il sera installé sur un drap propre, lisse, maintenu au sec, couché sur le côté sain en protégeant ses talons et coudes en cas d'escarres.

Le membre supérieur sera surélevé et on ne tirera pas dessus. Son membre ne sera pas coincé.

Il sera mobilisé régulièrement et on stimulera les zones de compressions.

Pendant le transport on notera sa conscience et sa ventilation.

La prise de la tension artérielle est utile pour un transport prolongé.

Les perfusions et sonde seront vérifiées.

En présence d'une trachéotomie, le matériel d'aspiration sera à disposition.

Insuffisant respiratoire chronique

C'est un malade pulmonaire, souvent habitué des services de pneumologie, parfois même de réanimation, car il présente chaque année des infections des poumons.

A domicile il est souvent sous oxygène en permanence soit par bouteille ou extracteur.

Motif du transport

Simple consultation de routine

Il s'agit de voir le spécialiste (pneumologue) pour un contrôle de l'état pulmonaire et de son taux sanguin d'oxygène (ponction de l'artère radiale pour "gaz du sang" ou/et d'une exploration fonctionnelle respiratoire ou E.F.R.).

Le transport se fera 1/2 assis sous oxygène à la dose habituelle, sans aucune interruption. Aucun effort ne sera demandé au malade qui sera transbordé en chaise roulante.

Transfert secondaire dans un centre de rééducation

Il s'agit parfois de long parcours, car au sud de la France le climat est meilleur pour les poumons...

Il faudra prendre un soin attentif à évaluer la quantité exacte d'oxygène nécessaire.

◁ Revoir calcul autonomie bouteille d'oxygène (M1)

Retour d'urgence pour aggravation

Un bilan précis est indispensable et doit être transmis au SAMU.

◁ Revoir bilan respiratoire (M1)

Bilan avant transport

Quel que soit la durée du transport, une évaluation de l'état de fatigue du patient est nécessaire.

On notera:

- son degré de conscience
- sa fréquence et amplitude respiratoire,

- son degré de cyanose et la présence ou non de sueurs.
- pouls et tension seront pris
- ses sécrétions seront notées.

Signes de gravité

Il respire vite (Tachypnée) avec un va et vient inefficace, et une amplitude faible.

Il y a un battement des ailes du nez, un tirage des muscles du cou.

L'encombrement est important avec bruits

Il tousse encore et crache (ce qui est rassurant). On conservera dans un bocal les crachats (expectorations).

Il y a cyanose, sueurs,

Tachycardie et hypertension artérielle

Voire agitation, délire ou simple désorientation dans le temps et l'espace.

Devant un des signes, il faut alerter immédiatement le centre 15 et ne pas effectuer le transport.

S'il s'agit d'un transport secondaire, il faut demander au service de réévaluer la nécessité ou du transport et au besoin demander un accompagnant.

Transport

Position

½ assise

faciliter la respiration en desserrant col, cravate, corset, ceinture...

Oxygénothérapie

En transport secondaire seulement sur prescription médicale écrite ou aggravation de l'état clinique.

La bouteille "Présence" blanche d'oxygène comprimé est prête à l'emploi avec détendeur et manomètre.

Les consignes de sécurité seront respectées : ne pas graisser, ne pas fumer, ouvrir lentement.

◁ Revoir cours complet oxygénothérapie (M1)

Capacité d'O₂ disponible dans la bouteille

C'est à dire le nombre de litres comme si on la remplissait en eau. La "capacité en eau" est en général de 2 l, 5 ou 15 l.

C'est gravé sur la bouteille. Ensuite on regarde sur le manomètre, la pression de la bouteille. Lorsqu'elle est pleine, il

indique 200 bars. Puis on calcule la quantité d'O₂ disponible en multipliant le volume « en eau » de la bouteille par la pression indiquée sur le manomètre. Par exemple: une bouteille pleine de 5 litres donc à 200 bars contient $5 \times 200 = 1000$ litres d'O₂.

En résumé la quantité disponible sera calculée en divisant le nombre de litres disponibles par le débit utilisé.

Autonomie suffisante en Oxygène ?

Il est important avant de débiter un transport particulièrement long, de savoir si on dispose suffisamment d'O₂.

Par ex. si le débit prescrit est de 3 l par minute, au bout d'une heure on aura consommé 3×60 minutes = 180 litres. Il est préférable, par sécurité, de rajouter une marge de 10 à 20 % pour un transport plus long ou utilisation de la trompe à vide.

Pour connaître la durée de l'autonomie de l'ambulance, il suffit de diviser le nombre de litres disponibles par le débit utilisé.

Par ex: Bouteille pleine de 2,5 l contient de disponible = Pression 200 bars * volume 2,5 l = 500 l, Débit 2 l/mn -> $500 \text{ l} / 2 =$ autonomie de 250 mn

En général, 2 grosses bouteilles de 1 m³ sont fixées à l'avant du véhicule.

Débit d'oxygène

Afin d'éviter l'effet paradoxal de l'oxygène, on débute à de faibles débit de 0,5l/mn que l'on augmentera peu à peu sans dépasser 3l/mn.

Le mieux est d'avoir une prescription médicale avec le débit indiqué.

Pour être précis et fiable, il faut utiliser un rotamètre (débitlitre à billes).

Porteur d'une trachéotomie

▷ voir page suivante transport malade appareillé

Traumatisé

Traumatisé en cours d'hospitalisation

Il s'agit d'un transport secondaire pour un examen par exemple type scanner ou transfert dans un service spécialisé ou un rapatriement sanitaire.

En plus des fonctions vitales classiques à surveiller, il faut surveiller le membre opéré.

Les consignes seront prises auprès du service.

Si le rachis est intact et une bonne conscience, il sera installé semi assis.

Si certaines fractures ne sont pas immobilisées par un plâtre, un matelas coquille sera utilisé, mais les broches de traction seront protégées.

Le patient est souvent porteur d'une perfusion, parfois d'une sonde gastrique ou d'une sonde urinaire, de redons à travers le plâtre ou le pansement.

On n'oubliera pas le dossier du malade.

Pour des fractures complexes, ouvertes ou sales, le chirurgien a parfois poser des broches perpendiculaires reliées ensemble par des boulons, barres transversales...Il s'agit d'un appareil appelé "fixateur externe". L'ensemble est impressionnant et très volumineux, mais pas de panique, c'est très stable ! C'est comme du Mécano !

Il faut protéger et ne pas accrocher quelque chose. Des coussins donneront un certain confort. Lorsque l'accidenté n'a pas encore été opéré, pour les fractures du bassin, hanche ou fémur, une broche qui transperce l'os permet grâce à un étrier et un système de poulie de maintenir une certaine traction. Il sera difficile de maintenir cette traction complexe pendant le transport. Attention aux extrémités pointues de cette broche.
▷ voir page suivante détails transport d'un traumatisé appareillé

L'ambulancier transportera souvent des blessés qui viennent d'avoir un plâtre. Le blessé ne doit pas prendre appui. Si le plâtre est trop serré, il fait " garrot" avec douleur et extrémité froide et cyanosée. On doit donc surveiller l'extrémité du membre et noter:
- sensibilité,
- mobilité,
- couleur,
- chaleur

Devant un problème, on retournera à l'hôpital. Il ne faut pas confondre la douleur sous plâtre immédiate et celle survenant au membre inférieur, plusieurs jours ou semaine après. En général il s'agit de l'apparition d'une phlébite sous le plâtre (caillot de sang dans une veine) qui risque de se détacher et d'entraîner une embolie pulmonaire. Dans ce cas une détresse respiratoire apparaît ou / et une douleur thoracique, voire un arrêt cardiaque brutal.

Transfert en rééducation d'un paraplégique

Il faudra changer fréquemment le blessé de position afin d'éviter des escarres. Il n'y a plus de risque pour la mobilisation du rachis puisqu'il a été opéré. Le malade est souvent incontinent et porteur d'une sonde urinaire Les déjections seront immédiatement nettoyées et les draps changés. Si des escarres sont déjà constituées, les règles d'hygiène seront respectées.

Transfert en rééducation d'un coma traumatique

Il s'agit d'un patient dans le coma depuis longtemps. Il est porteur d'une perfusion, d'une sonde d'alimentation, d'une sonde urinaire et d'une canule de trachéotomie sous oxygénothérapie.

Séances de rééducation

Il s'agit d'un blessé qui ne peut pas se déplacer, qui doit subir chaque jour des séances de kinésithérapie. Chaise roulante et béquilles sont utilisées. Il s'agit le plus souvent d'un transport en VSL.

Transport d'un patient appareillé

En présence d'une détresse grave, les gestes de survie sont effectués par l'ambulancier puis relais par une équipe médicale (S.M.U.R).

L'ambulancier peut aider (présentation du matériel...) aux gestes médicaux de réanimation (intubation, monitoring, perfusion...)

Dans des cas exceptionnels (très nombreuses victimes) la personne appareillée sera confiée à une équipe ambulancière. C'est pourquoi quelques notions sont enseignés (marquées savoir +).

Les principes de base sont :

- tenir la sonde d'intubation en évitant toute traction
- poursuivre la ventilation à l'insufflateur avec un mélange enrichi en oxygène
- maintenir la perfusion en l'air sans la clamber

Par contre, dans la pratique quotidienne, il est fréquent de rencontrer des patients ayant des dispositifs médicaux qu'il faudra surveiller.

Si ceux-ci sont actifs (transport secondaire) comme un pousse seringue, c'est au service de prendre la responsabilité de décider si le transport doit être médicalisé ou accompagné par un membre de l'équipe soignante ou non.

Un refus justifié de l'ambulancier est possible avec risque de conflit avec son employeur (voir les blogs de discussion).

Il s'agit d'une synthèse des différents dispositifs médicaux rencontrés pendant les cours précédents

Tout n'est pas nécessaire pour le DEA, mais au fil des patients transportés, il saura utile de revenir sur cette page pour s'informer

Appareil respiratoire

Accessoires pour oxygénothérapie

Plusieurs dispositifs sont posés par l'équipe soignante:

- masque
- sonde nasale

- lunettes...

Le personnel vérifiera que le dispositif est en place, fixé et non obstrué.

On ne remettra pas en place une sonde nasale arrachée (mettre un masque à la place).

◁ Revoir les différentes techniques d'inhalation

Trachéotomie

C'est l'ouverture de la trachée. (Savoir +)

Contrairement à des idées reçues, il ne s'agit pas d'un geste d'urgence. Elle n'est pratiquement jamais réalisée en dehors de l'hôpital.

On préfère dans un premier temps intuber avec une sonde de petite taille, mais dans des mains très expertes.

Certains malades (comateux, maladies neurologiques, insuffisants respiratoires et surtout cancer du larynx) respirent directement par un trou fait au niveau de la trachée. Ce trou est habillé par une canule de trachéotomie. Elle est en général en plastique et peut se retirer. A l'intérieur il y a un mandrin interne qui est nettoyé chaque jour. Le malade ne peut plus parler car l'air ne passe plus au niveau des cordes vocales.

Mais il existe des canules avec un petit clapet qui permet d'envoyer un peu d'air vers les cordes vocales, le malade peut ainsi parler (sauf si le larynx a été enlevé par le chirurgien). On parle de canule parlante.

Les sécrétions sont directement aspirées au niveau de la canule ou autour. Si de l'oxygène est nécessaire, il est introduit à ce niveau.

Avant le départ

Le malade est en principe en voie de convalescence. Il est habitué à sa trachéotomie et est éduqué en conséquence.

La canule est vérifiée, elle est en place car de l'air sort par la canule et pour une canule parlante, elle fonctionne.

La sonde est bien fixée souvent avec un ruban de tissu.

Un bilan clinique est fait: conscience, respiration et circulation.

Il faut rassurer, le contact verbal avec le malade est important en utilisant éventuellement une ardoise magique pour une communication écrite.

On notera les consignes de transport, et on n'oubliera pas le dossier et la lettre d'accompagnement.

Il faut se laver les mains et porter des gants.

Oxygénation

Si il y a une prescription d'oxygène, la petite sonde est introduite dans la canule de trachéotomie et non pas dans le nez ! (puisque les voies aériennes supérieures ne sont plus en contact avec la trachée). Le matériel d'oxygénothérapie sera prêt.

Aspiration des mucosités

Le matériel d'aspiration trachéale sera prêt.

C'est-à-dire: aspirateur de mucosités, sondes d'aspirations, gants et compresse stériles.

Si le patient sécrète abondamment, il faudra l'aspirer d'abord autour de la canule et si c'est insuffisant dans la trachée

La sonde stérile est introduite dans la canule à l'aide de gants ou de compresses stériles

On aspire en la retirant progressivement en s'arrêtant au niveau de la zone productive mais sans faire de va et vient ni rester trop longtemps.

◁ Revoir cours aspirateur de mucosités (M1)

Installation

Le malade sera installé ½ assis ou position de confort (même le comateux chronique car la trachéotomie protège les voies aériennes inférieures des fausses routes).

▷ Voir vidéo technique d'aspiration trachéale

Complications

Détresse respiratoire

La respiration est rapide, avec cyanose, sueurs, pouls rapide et hypertension. La conscience peut s'altérer.

"L'encombrement" se reconnaît avec du liquide, souvent du pus, qui sort avec du bruit gargouillant. Il faut aspirer, oxygéner et avertir le 15.

Sonde bouchée

La sonde peut exceptionnellement s'obstruer.

Le malade panique, il est conscient, agité puis si rien n'est fait comateux.

Il est cyanosé, il lutte avec tirage et creusement intercostal

Surtout aucun souffle ne sort par la canule, et le thorax se bloque.

Une seule chose à faire : enlever la canule, et il respirera par le trou.

L'examen de la canule confirmera qu'elle était bouchée.

Il ne faut pas tenter de reposer une autre canule.

Rassurez-vous le trou ne va immédiatement se refermer!

Arrêt respiratoire sur canule

Il faut introduire un tuyau dans la canule ou placer le masque le plus étanche possible et le relier à l'insufflateur. La canule sera aspirée brièvement, confirmant qu'elle n'est pas bouchée. On vérifiera la présence d'un pouls carotidien

Hémorragie

Il faut aspirer le malade par la trachéotomie pour que le malade ne s'asphyxie pas par encombrement et oxygéner. Si l'hémorragie est abondante, la situation est souvent désespérée. Le médecin introduira une canule avec ballonnet qu'il gonflera au maximum.

Aide à la ventilation

Certains patients ont à domicile des appareils de ventilation non invasifs (c'est à dire avec application d'un masque facial). Un insuffisant respiratoire chronique trachéotomisé peut être relié à un ventilateur artificiel.

Appareil cardiaque

Pace Maker

On parle de stimulateur cardiaque ou pace maker.
Le patient est porteur d'une carte et le boîtier est visible sous la peau du thorax
La surveillance est la même que pour tout cardiaque.

Défibrillateur implantable

Il a la même forme que le boîtier du pace maker.
Transport d'un patients sous scope = moniteur = monitoring

Appareil circulatoire

Perfusion

La perfusion consiste à donner un liquide dans une veine d'un malade à l'aide d'un flacon, d'une tubulure et d'un cathéter. L'ambulancier qui transporte un malade perfusé doit surveiller le rythme de la perfusion qui doit être constant en goutte par minute, prescrit par le médecin.

Avant le transport

Lavage des mains
Consignes de l'infirmière
Le cathéter est vérifié, bien arrimé avec un pansement autocollant transparent.
Le rythme est programmé par l'équipe de soins.
Elle vérifiera qu'il y a suffisamment de liquide dans la poche pour la durée du transport.
S'il n'y en a pas assez, elle doit changer la poche avant le transport.
Si le transport est long, on peut remplacer un flacon de 250 ml par un 500 ml voire 1000 ml (1 litre).
Il n'est pas question que l'ambulancier change la perfusion en cours de route et la perfusion ne doit pas s'arrêter.
Car ce changement nécessite technicité et une stérilité absolue.
Il faut refuser cette pratique de vous confier le flacon suivant !

Cas particulier : l'enfant (Savoir +)

En principe, il nécessite la présence d'infirmier(e). La quantité perfusée doit être strictement contrôlée (petits flacons, au mieux pousse seringue) et surtout pas le "classique garde veine" qui risque lorsqu'il est fini d'être remplacé sans réfléchir ce qui peut avoir des conséquences dramatiques (convulsions, séquelles cérébrales).

Vérification

La perfusion est bien fixée et bien relié au flacon. Le sang ne remonte pas dans la tubulure. Il n'y a pas d'obstacle. Elle est suspendue au-dessus du malade avec un pied dit "à sérum" ou tenue à la main.

Le transport

Passage lit-brancard-lit

Le flacon doit rester en hauteur pendant le passage lit-brancard et surtout jamais clampé, et mise sur le brancard. Ceci est très important car le risque qu'ensuite la perfusion soit bouchée est grand et nécessitera de repiquer le malade. Cette consigne est hélas peu respectée et les stages hospitaliers le confirmeront.

Si la personne est déplacée, ON NE DOIT PAS CLAMPER la perfusion mais suivre la personne, bras tendu avec aucune tension au niveau de la tubulure.

Pendant le transport

Il faut laisser le bras perfusé visible et tendu (non fléchi). En effet souvent la perfusion est branchée sur une veine du pli du coude (solution plus facile que sur le dos de la main, mais tout cela n'est pas pratique pour le confort du patient).
Il faut vérifier qu'il n'y a pas d'obstacle sur le tuyau et la tension artérielle n'est pas prise de ce côté.
La peau ne doit pas gonfler, ne doit pas être rouge ou douloureuse.

Le sang ne doit pas remonter dans la tubulure, en général due à une surpression dans la veine: perfusion trop basse ou obstacle sur le retour veineux: brassard à tension, garrot de pose de perfusion non enlevé (ça arrive), ou compression du bras.

Le débit de la perfusion sera constant et identique à celui du départ. On ne touchera pas la molette de réglage
En résumé : le liquide coule goutte à goutte et l'orifice de ponction veineuse ne doit pas gonfler.

Complications

Le cathéter qui se bouche, est en général, du à une mauvaise surveillance, notamment si on clampe la perfusion pendant les transferts.

Cela se manifeste par le goutte à goutte qui est arrêté, parfois un peu de sang coagulé est remonté dans la tubulure et surtout la zone de ponction gonfle et devient douloureuse.

Il faut clamber (serrer la molette) la perfusion et surtout ne pas toucher au pansement et encore moins de retirer le cathéter et/ou repiquer le malade.

Voie centrale (Savoir +)

Certains patients ont un cathéter introduit dans les grosses veines du membre supérieur (sous clavière, jugulaire).

L'équipe médicale vérifiera sa bonne fixation.

Il est relié souvent à plusieurs perfusions et/ou pousses seringues avec des robinets à 3 voies ou des rampes comportant plusieurs robinets.

Tous les raccords sont "verouillables" dit "luer lock".

Il ne faut en AUCUN cas qu'un raccord se détache risquant d'aspirer de l'air (risque mortel d'embolie gazeuse).

C'est pourquoi de nombreux services accompagnent leur patient.

Alimentation parentérale (Savoir +)

Certains patients sont alimentés avec des perfusions nutritives.

Il s'agit d'une grosse poche (couleur laiteuse) branchée sur une voie centrale.

Pousse seringue (Savoir +)

Des seringues contenant des médicaments sont poussées par un appareil électrique sur batterie.

Il peut s'agir :

- de médicaments anti-douleur (morphine)
- d'insuline pour le diabète
- d'anticoagulants (héparine) pour fluidifier le sang
- d'antihypertenseurs (pour faire baisser la tension)
- de tonicardiaques (pour traiter une détresse circulatoire)

Inutile de préciser que tout dérèglement de la pompe (arrêt, panne de batterie...) peut modifier rapidement l'état clinique du patient.

C'est au service de prendre la responsabilité de décider si le transport doit être médicalisé ou accompagné par un membre de l'équipe soignante ou non.

Un refus justifié de l'ambulancier est possible avec risque de conflit avec son employeur (voir les blogs de discussion).

Dispositif implantable dit "port a cath"

Le patient est porteur d'une petite sphère qui bombe sous la peau au dessous d'une clavicule.

L'emplacement est protégé par une compresse stérile.

Il ne faut rien toucher.

Cela sert à perfuser plus facilement en cas de perfusions fréquentes avec de mauvaises veines, mais surtout très utile pour la chimiothérapie où les séances sont rapprochées et les médicaments corrosifs.

Pendant le transport, il n'y a pas d'aiguille ni de perfusion branchées.

◁ Revoir cours cancer

Fistule artério-veineuse

Afin de pouvoir ponctionner facilement les vaisseaux lors d'une hémodialyse, le chirurgien branche une petite artère de l'avant bras sur une veine ce qui dilate.

Il ne faut jamais prendre la tension artérielle sur ce bras, ni appuyer dessus (pls) afin de ne pas la comprimer.

◁ Revoir : insuffisance rénale et hémodialyse (rein artificiel)

Appareil digestif

Sonde gastrique

C'est un tuyau plus ou moins gros, introduit par le nez et qui gagne l'estomac en traversant tout l'œsophage.

◁ revoir rappel anatomique

Elle est mise en place par le personnel soignant de l'établissement ou pendant une chirurgie et fixée au nez par l'intermédiaire d'un sparadrap.

Son extrémité est soit bouchée (dite " clampée ") ou reliée à une poche collectrice de type " poche à urine" (dite sonde " à la poche").

Elle sert à aspirer le liquide qui stagne dans l'estomac après une intervention digestive par exemple.

Mais elle peut être utilisée comme sonde d'alimentation (dite de " gavage") chez un malade qui ne s'alimente pas.

L'ambulancier doit vérifier que la sonde est bien fixée, et sous aucun prétexte la retirer, encore moins en poser une autre....

Si elle est reliée à un dispositif collecteur, celui -ci ne doit pas tirer sur la sonde.

Il accompagnera toujours le malade et fera attention lors du brancardage qu'elle ne reste pas coincée.

Cette poche doit toujours se situer en dessous du niveau du malade sous peine de refoulement du liquide vers le malade.

Colostomie (anus artificiel)

Il s'agit de mettre, lors d'une intervention chirurgicale, le colon (tube digestif) en contact avec la peau.

On parle de colostomie ou "anus artificiel". Les selles au lieu de sortir par l'anus, sont dirigées vers un trou au niveau de la peau du flanc gauche.

C'est le colon qui est à la peau d'où le nom de colostomie.

Une poche autocollante fixée autour de l'anus collecte les selles.

Lavage des mains

Consignes de l'infirmière pour le transport et prendre le dossier.

La poche sera changée avant le départ. L'adhérence est vérifiée.

Pendant le transport

Il faut éviter, au cours du transport, que la poche soit percée ou éclatée.

Le patient ne sera pas couché sur cette poche et aucune pression ne sera exercée. Une poche de rechange sera à disposition.

La discrétion est indispensable.

Autres stomies (Savoir +)

Le mot "stomie" veut dire un tube de l'organisme mis à la peau.

Iléostomie

C'est la même chose, mais plus haut. C'est l'intestin grêle dit iléon qui est à la paroi.

Les selles sont très liquides car pas encore digérées.

Gastrostomie

Une sonde est introduite par chirurgie dans l'estomac à travers la paroi abdominale. Cela permet d'alimenter directement un patient qui fait des fausses routes (maladie neurologique) ou a un cancer de l'œsophage.

(Ne pas confondre avec gastrectomie: ablation de l'estomac)

"Tomie" = on coupe, "Stomie" = on met un organe à la peau.

Variante : jejustomie : pose sonde au début de l'intestin grêle.

Opéré récent (Savoir +)

Exceptionnellement l'ambulancier transportera en secondaire un opéré abdominal.

En sus des perfusions, antalgiques, oxygène, sonde gastrique, il sera attentif à :

Cicatrice

L'ouverture de l'abdomen s'appelle une laparotomie. La peau et les plans sous-jacents sont fermés avec des fils et/ou des agrafes.

La peau est protégée stérilement par un pansement qu'il ne faudra pas toucher.

Si le pansement devient hémorragique, on alertera le 15 et les constantes principalement circulatoires seront prises.

Pour éviter toute tension musculaire, l'opéré sera transporté allongé, légèrement demi-assis et les jambes fléchies.

Le risque (rarissime heureusement) est l'éviscération (ouverture de l'abdomen avec intérieur visible).

Dans ce cas, alerte 15, ne pas faire tousser et recouvrir de pansements stériles en attendant les secours médicalisés.

Drains, redons

En présence de lames, tuyaux (drains ou redons) qui sortent de l'abdomen, il ne faut pas y toucher, souvent arrimés à la peau par un fil ou/et entouré d'une poche autocollante transparente.

Appareil urinaire

Sonde urinaire

Les difficultés à uriner se soignent provisoirement ou définitivement par la pose d'une sonde urinaire dite à demeure qui est introduite dans l'urètre jusqu'à la vessie où un ballonnet est gonflé pour bloquer la sonde.

Elle est aussi posée provisoirement après une intervention chirurgicale ou pour surveiller la diurèse (utile lors d'une détresse circulatoire).

La pose est du domaine médical.

Avant le transport

La contenance de la poche est de quelques litres.

Au départ il est préférable qu'elle soit vide.

L'ambulancier ne doit pas changer la poche.

Un malade porteur d'une sonde a une sensation permanente d'avoir envie d'uriner.

Il faut lui expliquer que son urine va s'écouler spontanément dans la poche.

Le transport d'un malade porteur d'une sonde urinaire nécessite quelques précautions élémentaires car il y a risque d'infection urinaire :

- Lavage des mains

- Consignes de l'infirmière

- Vérifications :

La sonde doit être maintenue en haut de la cuisse avec du sparadrap, mais le malade doit pouvoir bouger sans que le dispositif ne tire sur la sonde urinaire.

Le tuyau ne doit jamais être ni tordu ni obstrué, par exemple tuyau comprimé par les fesses du malade lors de l'installation sur le brancard.

Le malade ne doit pas présenter de douleurs ou de fuites au niveau de la sonde.

Le transport

Passage lit - brancard

La sonde est clampée puis déclampée.

Surtout la poche collectrice est fixée sur le côté du brancard, et toujours à un niveau inférieur du malade dite décline.

On vérifiera que le tuyau n'est ni tordu ni obstrué, par exemple comprimé par les fesses du malade. Donc la sonde passe au-dessus de la cuisse.

Pendant le transport

En aucun cas la poche doit rester entre les jambes du malade pendant le transport.

Si la sonde se détache, par accident, du tuyau collecteur, il faut la remettre avec asepsie (gants et compresses stériles) et le signaler à l'arrivée.

Passage brancard - lit

Si la sonde a été fixée, il ne faut pas oublier de la défixer lors de l'arrivée.

Une transmission avec le service de soins infirmier est faite.

Urétérostomie

C'est la mise à la peau chirurgicale "stomie" de un ou 2 uretères. (Cancer vessie, petit bassin).

L'urine est recueillie par une poche collée à la peau.

Il ne faut écraser la poche.

Appareil locomoteur

L'ambulancier accompagne le blessé:

à la sortie de l'hôpital

pour un transport dans un centre de rééducation

pour un rapatriement sanitaire

pour une consultation chirurgicale...

Il faut donc qu'il connaisse l'installation du patient et les risques éventuels.

Sortie avec plâtre

Le blessé ne doit pas prendre appui.

Si le plâtre est trop serré, il fait " garrot" avec douleur et extrémité froide et cyanosée.

On doit donc surveiller l'extrémité du membre et noter:

sensibilité

mobilité

couleur

chaleur

pouls

Devant un problème, on retournera à l'hôpital.

Il ne faut pas confondre la douleur sous plâtre immédiate et celle survenant au membre inférieur, plusieurs jours ou semaine après. En général il s'agit de l'apparition d'une phlébite sous le plâtre (caillot de sang dans une veine) qui risque de se détacher et d'entraîner une embolie pulmonaire. Dans ce cas une détresse respiratoire apparaît ou / et une douleur thoracique, voire un arrêt cardiaque brutal.

Comme le traumatisé est souvent sous anticoagulant (qui fluidifie le sang), il faut éviter que le patient se fasse mal car il risque d'avoir des hématomes.

▷ Voir Module 4 : "Aide à la marche"

Notes

Bien surveiller l'extrémité d'un plâtre

Le risque immédiat est que celui-ci soit trop serré

Le risque secondaire, c'est la phlébite sous plâtre avec possibilité d'embolie pulmonaire

Fixateur externe

Pour des fractures complexes, ou ouvertes ou sales, le chirurgien peut poser des broches perpendiculaires reliées ensemble par des boulons, barres transversales...

Il s'agit d'un appareil appelé "fixateur externe".

L'ensemble est impressionnant et très volumineux, mais pas de panique, c'est très stable !

C'est comme du meccano !

Il faut protéger et ne pas accrocher quelque chose

Des coussins donneront un certain confort

La conduite sera douce

Redons

Lors de l'intervention chirurgicale de fins tuyaux multiperforés sont parfois glissés sous la peau afin d'éviter la constitution d'hématomes.

Les redons sortent à travers les pansements ou le plâtre.

En principe ils sont bien fixés à la peau.

Par précautions, lors du transfert sur le brancard, il faut vérifier qu'ils ne sont plus fixés au lit afin d'éviter l'arrachement.

Le sang est aspiré par un petit bocal sous vide.

Il faut bien noter la quantité de liquide aspiré. Si les flacons se remplissent trop vite de sang, il faudra alerter.

Traction

Lorsque l'accidenté n'a pas encore été opéré (ou méthode de consolidation sans intervention), pour les fracture du bassin, hanche ou fémur, une broche qui transperce l'os permet grâce à un étrier et un système de poulie de maintenir une certaine traction.

Il sera difficile de maintenir cette traction complexe pendant le transport.

Attention aux extrémités pointues de cette broche, elles seront protégées par des bouchons de liège par ex.

Avant toute mobilisation, l'infirmière calmera en préventif les douleurs par des antalgiques selon le protocole du service.

On utilisera un matelas coquille ou attelle à traction.

Pendant le transport, exceptionnellement une détresse respiratoire pourrait apparaître. (Embolie de moelle osseuse)