

>> SUAP-CT-17

Relevage, immobilisation, brancardage et transport

17.1. Généralités

Toute lésion de l'appareil locomoteur est génératrice de douleurs et peut s'aggraver (plaie, atteinte des vaisseaux, des nerfs, de la moelle épinière, détresse circulatoire...). **Il est donc indispensable de limiter les mouvements et d'immobiliser toute atteinte de l'appareil locomoteur** avant tout déplacement et tout transport, **sauf** en cas de **danger imminent**.

Les techniques et matériels utilisés pour réaliser ces immobilisations seront différents en fonction du type de traumatisme, de la position de la victime et de son état.

17.2. Matériels d'immobilisation

Les matériels présents dans un VSAV pour l'immobilisation sont :

- pour l'immobilisation du rachis et du bassin :
 - le collier cervical.
 - la planche d'immobilisation avec immobilisateur de tête et sangles araignées.
 - l'attelle cervico-thoracique.
 - le matelas immobilisateur à dépression (MID).
- pour l'immobilisation des membres :
 - les écharpes.
 - les attelles à dépression.
 - les attelles type « aluform ».

Ces matériels doivent, parfois, être complétés par le plan dur et en particulier le plan dur qui va, dans certains cas, permettre le transfert de la victime vers le moyen d'immobilisation.

17.3. Les immobilisations

A. Généralités

Le MID est utilisé pour immobiliser le corps entier d'une victime, suspectée d'un traumatisme. Il est particulièrement indiqué si la victime présente de multiples lésions ou traumatismes. Il permet de respecter l'axe « tête-cou-tronc » et limite toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière et du bassin. De plus, il permet l'immobilisation des membres inférieurs

L'installation d'une victime sur le MID est effectuée en utilisant :

- soit un brancard cuillère
- soit la technique de relevage à 4 équipiers (pont amélioré ou pont néerlandais).

Le plan dur avec ou sans immobilisateur de tête peut être utilisé :

- pour relever une victime allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer.
- pour allonger une victime qui est debout.

En immobilisant entièrement la victime, le plan dur permet de respecter l'axe « tête-cou-tronc » et limite toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport.

Cette technique d'immobilisation doit être privilégiée par rapport aux méthodes de relevage à 4 équipiers « porteurs » car elle minimise les forces mises en jeu sur la colonne vertébrale.

B. Immobilisation des membres

Principe général

L'immobilisation des membres doit être réalisée au moyen des techniques suivantes en fonction de la localisation du traumatisme et des matériels disponibles :

Traumatisme de l'épaule = Écharpe oblique

Traumatisme du bras ou du coude = Attelle de bras à dépression associée à une contre écharpe ou, à défaut, écharpe simple et contre écharpe.

Traumatisme de l'avant-bras = Attelle de bras à dépression ou, à défaut, écharpe simple (l'attelle peut être soutenue si nécessaire par une écharpe simple)

Traumatisme cheville, jambe ou genou = Attelle de jambe à dépression.

Traumatisme de la cuisse (diaphyse fémorale) = MID.

Traumatisme de la hanche (col du fémur) = MID

Conduite à tenir

La procédure générale pour l'immobilisation d'un membre traumatisé est la suivante :

- **Soutenir le membre blessé** avec les mains et limiter, autant que possible, les mouvements.
- **Inspecter la lésion** avant de l'immobiliser après avoir retiré ou découpé les vêtements si nécessaire.
- **Recouvrir par un pansement stérile et sec** toute plaie avant immobilisation. Si la plaie saigne, réaliser un pansement compressif, sauf s'il existe une issue d'os visible ou d'un corps étranger (voir chapitre 8.3). En leur absence, la fracture ouverte est traitée de la même façon qu'une fracture fermée après avoir placé un pansement stérile et sec sur la plaie.
- **Apprécier la température, la motricité, la sensibilité** et le temps de recoloration cutanée de l'extrémité atteinte avant et après l'immobilisation.
- Immobiliser correctement le segment de membre atteint en respectant les principes suivants :
 - utiliser l'attelle ou le moyen d'immobilisation le plus approprié.
 - immobiliser aussi les articulations situées au-dessus et au-dessous de la lésion.
- **Si un gonflement au niveau d'une articulation est présent**, appliquer du froid sur la lésion, après immobilisation, en respectant le principe d'application du froid.

Une fracture ouverte présentant une issue d'os visible, une fracture de la cuisse (fémur) ou toute fracture entraînant une douleur intolérable doit obligatoirement être prise en charge par une équipe médicale.

Cas particulier : fracture avec déformation

Respecter la déformation

C. Immobilisation du rachis

Principe général

L'immobilisation du rachis impose de :

- immobiliser l'ensemble du rachis de la tête jusqu'au bassin.
- de préférence à l'aide d'un matelas immobilisateur à dépression (posé sur un plan dur pour éviter de la percer en secours routier).
- maintenir la tête et le cou en position neutre, dans l'alignement du tronc et du bassin.
- contrôler la motricité et la sensibilité de chaque extrémité avant et après l'immobilisation.
- s'assurer qu'un seul sauveteur est chargé de donner les ordres pour diriger la manoeuvre (en règle générale l'équipier de tête).
- s'assurer de la bonne compréhension de la manoeuvre avant de l'exécuter.
- déplacer la victime d'un seul bloc.
- transporter la victime allongée sur le dos, seule position qui permet une immobilisation correcte du rachis.

Signes :

Au cours du bilan primaire et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan secondaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau du dos ou du cou ou indirect (flexion extension brusque).

Les mécanismes suivants doivent considérer la victime à haut risques de lésion du rachis :

- chute sur la tête d'une hauteur > 1 mètre comme lors d'un plongeon (rachis cervical) ou chute sur les pieds ou les fesses d'une hauteur > 3 mètres (rachis dorso-lombo-sacré).
- passager d'un véhicule accidenté à grande vitesse (voies rapides, autoroutes, vitesse > 40 km/h avec arrêt brutal contre un obstacle ou sur une courte distance < 10 m, déformation de l'habitacle).
- absence de port de ceinture de sécurité (et déclenchement des airbags).
- âge > 65 ans quel que soit le mécanisme.
- retournement d'un véhicule (tonneaux) à la suite d'une collision.
- victime éjectée d'un véhicule lors de la collision.
- accidents avec des véhicules à moteur de loisirs (jet-ski, quad, kart...).
- collision avec un 2 roues (conducteur ou passager du 2 roues).
- piéton renversé.
- chute de cheval (jockey).

Dès lors que l'on suspecte un traumatisme du rachis, il faut demander à la victime de ne pas bouger ou stabiliser manuellement la tête de la victime dans l'axe, (particulièrement pour réaliser la libération des voies aériennes) et éviter de mobiliser le reste de la colonne vertébrale.

Au bilan primaire, on suspectera une lésion du rachis de principe :

- si la victime a perdu connaissance et ne peut s'exprimer ;
- si la victime présente une altération de la conscience
- si la victime se plaint :
 - d'un engourdissement, des sensations de décharges électriques au niveau des membres (paresthésie) ;
 - d'une douleur spontanée siégeant au niveau du rachis ;
 - d'une raideur de la nuque l'empêchant de tourner la tête ;
 - si la victime présente un trouble de la motricité évident (ne bouge plus ses membres).

Au bilan secondaire, on suspectera une lésion du rachis si la victime présente :

- une diminution de la force musculaire des mains ou des pieds (difficulté de serrer les mains ou bouger les orteils) ;
- une perte ou une diminution de la sensibilité des membres supérieurs (mains) ou inférieurs (pieds) ;
- une douleur à la palpation prudente du rachis ;
- une déformation évidente du rachis ;
- une perte des urines ou des matières fécales ;
- une érection chez l'homme (victime inconsciente, victime trouvée déshabillée).

A l'interrogatoire, la présence d'antécédents de traumatisme vertébral (fracture ou chirurgie de la colonne vertébrale) ou de maladie vertébrale (ostéoporose) qui fragilise la colonne vertébrale feront aussi considérer la victime comme suspecte d'une lésion du rachis.

Dans certaines situations, le secouriste ne pourra pas rechercher des signes d'atteinte vertébrale ou

médullaire particulièrement si la victime :

- n'est pas coopérative ou présente des difficultés de communication ;
- est sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues ;
- présente de nombreuses lésions qui empêchent de rechercher des signes d'atteinte du rachis ;
- présente une lésion qui détourne son attention (lésion douloureuse intense).

Dans ces cas-là, devant un mécanisme d'accident évocateur d'accident à haut risque de lésion du rachis, le secouriste considérera la victime comme suspecte d'une lésion au rachis.

Conduite à tenir

Devant toute personne suspectée d'un traumatisme du rachis le principe d'action dépend de son état de conscience.

Cependant, dans tous les cas, la prise en charge débute par une immobilisation du rachis cervical au moyen d'un maintien de la tête, précédé si nécessaire, par une remise de la tête en position neutre.

Victime inconsciente

- Effectuer immédiatement un maintien tête précédé, si nécessaire, par une remise de la tête en position neutre.
- Retourner la victime si elle est sur le ventre.
- Retirer systématiquement le casque de protection à deux sauveteurs, s'il est présent.
- Libérer les voies aériennes.
- Apprécier la respiration sur 10 secondes au plus : la victime respire.
- Effectuer une palpation sommaire.
- Placer la victime en position latérale de sécurité.

Après la mise en PLS, le maintien tête est poursuivi jusqu'à la médicalisation.

Le cas de la victime inconsciente traumatisée est donc particulier car les sapeurs-pompiers, ne peuvent pas effectuer d'immobilisation à plat dos, faute de disposer d'un moyen de protection des voies aériennes. Il faut donc attendre la présence d'une équipe médicale avant de poursuivre l'immobilisation avec les mêmes techniques que pour la victime consciente.

Victime consciente

Dans le cas d'une victime consciente, l'immobilisation et le relevage de cette dernière peuvent être effectués rapidement avec ou sans équipe médicale, puisqu'il n'est pas nécessaire de protéger ses voies aériennes.

La conduite à tenir dépend de la position de la victime, de ses traumatismes et du matériel disponible.

Victime sur le dos

- Effectuer un bilan primaire.
 - Stabiliser immédiatement le rachis en maintenant la tête, précédé si nécessaire, par une remise de la tête en position neutre.
 - Retirer systématiquement le casque de protection à deux pompiers.
 - Desserrer ou dégrafer ce qui peut gêner la respiration.
 - Placer un collier cervical si la stabilisation par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire.
- Effectuer un bilan secondaire et les gestes de secours adaptés.
 - Immobiliser la victime en fonction des traumatismes observés en utilisant la technique adaptée.

Victime sur le ventre

- Débuter le bilan primaire et réaliser immédiatement un maintien de la tête.
 - Réaliser une palpation sommaire afin de confirmer la possibilité du retournement. En cas de traumatismes trop importants, le choix de laisser la victime dans cette position, en attendant l'équipe médicale, peut être pris si elle n'aggrave pas son état et ne gêne pas la réalisation des gestes de secours.
 - Retourner la victime directement sur un plan dur. Durant cette manœuvre la tête sera remise en position neutre si possible.

- Retirer systématiquement le casque de protection à deux pompiers.
- Desserrer ou dégrafer ce qui peut gêner la respiration.
- Placer un collier cervical si la stabilisation du rachis par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire.
- Terminer l'immobilisation de la victime.
- Effectuer un bilan secondaire et les gestes de secours adaptés.

Victime debout

Pour une victime casquée :

- Effectuer le bilan primaire et réaliser immédiatement un maintien de la tête.
 - Allonger la victime au moyen du plan dur au sol.
 - Retirer systématiquement le casque de protection à deux pompiers.
 - Desserrer ou dégrafer ce qui peut gêner la respiration.
 - Placer un collier cervical si la stabilisation du rachis par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire.
 - Terminer l'immobilisation de la victime.
- Compléter avec un bilan secondaire et les gestes de secours adaptés.

Pour une victime non casquée

- Effectuer le bilan primaire et réaliser immédiatement un maintien de la tête.
 - Une fois allongée, effectuer une stabilisation ou poser un collier si nécessaire.
 - Terminer l'immobilisation de la victime.
- Effectuer un bilan secondaire et les gestes de secours adaptés.

Victime assise

Pour une victime casquée :

- Effectuer un bilan primaire :
 - Réaliser immédiatement un maintien de la tête, précédé si nécessaire, par une remise de la tête en position neutre.
 - Immobiliser la victime, Allonger la victime sur un plan dur en conservant le maintien de l'axe tête, cou, tronc.
 - Retirer le casque de protection systématiquement à deux pompiers.
 - Placer un collier cervical si la stabilisation du rachis par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire.
 - Desserrer ou dégrafer ce qui peut gêner la respiration.
- Effectuer un bilan secondaire et les gestes de secours adaptés.

Pour une victime non casquée

- Effectuer un bilan primaire :
 - Réaliser immédiatement un maintien de la tête, précédé si nécessaire, par une remise de la tête en position neutre.
 - Desserrer ou dégrafer ce qui peut gêner la respiration.
 - Placer un collier cervical si la stabilisation du rachis par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire.
 - Immobiliser la victime au moyen d'une ACT.
 - Allonger la victime sur un plan dur.
 - Terminer l'immobilisation de la victime en conservant l'ACT.
- Effectuer un bilan secondaire complet et les gestes de secours adaptés.

Victime qui présente une déformation préexistante de la colonne vertébrale (cyphose, scoliose...), victime très âgée (déformations liées à l'ostéoporose)

L'immobilisation en position horizontale corps entier d'une victime très âgée ou qui présente une déformation préexistante de la colonne vertébrale est difficile et peut être contre-productive (augmentation de la douleur, aggravation des signes ou de la lésion).

Il est alors nécessaire de respecter la position et la déformation de la victime et l'immobiliser dans la position qui lui est la plus confortable.

Seul le matelas immobilisateur à dépression permet de réaliser cette immobilisation et garder la victime

immobile.

Traumatisme grave et suspicion de lésion du rachis de l'enfant.

- si l'enfant a perdu connaissance, conserver la stabilisation en ligne du rachis cervical pour assurer la liberté des voies aériennes supérieures.
- l'aspiration des sécrétions, débris, sangs et vomissements à l'aide d'un aspirateur de mucosité doit se faire en conservant la stabilisation en ligne du rachis cervical.
- laisser l'enfant dans son siège d'automobile (coque) si c'est possible (pas de déformation de la coque). Parfaire l'immobilisation de la tête et du corps de l'enfant à l'intérieur du siège à l'aide de rembourrage.
- pour relever un enfant suspect d'une lésion du rachis et qui est allongé au sol, utiliser comme chez l'adulte un brancard cuillère plutôt qu'un plan dur.
- comme pour l'adulte, immobiliser l'enfant sur un matelas immobilisateur à dépression (ou attelle à dépression pour les petits enfants) qui doit rester en place pour le transfert sur le brancard à l'hôpital. Le plan dur doit être réservé aux manœuvres d'extraction et non à l'immobilisation ultérieure de l'enfant.
- lors de l'immobilisation, une attention particulière doit être portée au maintien en ligne du rachis cervical. Comme chez l'adulte, les blocs de tête peuvent être positionnés dans le matelas à dépression ou sur le brancard cuillère pour restreindre les mouvements du rachis cervical.

Ces conduites à tenir doivent être adaptées en fonction de l'état de la victime et de sa position pour ne pas aggraver ses blessures.

En cas de fracture du bassin instable, la technique d'immobilisation et de relevage sera choisie en concertation avec le médecin sur les lieux. Le MID doit être utilisé de préférence, lorsque les conditions de brancardage l'exigent ou sur avis médical. Il doit alors être renforcé, dans les cas de traumatisme du rachis ou bassin, par un plan dur ou un brancard cuillère afin d'augmenter sa rigidité.

17.4. Relevage

A. Généralités

Installée dans la position que nécessite son état, la victime doit être placée sur un brancard soit directement soit à l'aide d'un dispositif particulier de relevage afin d'assurer son déplacement vers le véhicule de premier secours.

L'application des techniques de relevage comporte des risques tant pour les sauveteurs (pathologies dorso - lombaires) que pour les victimes (aggravation des éventuels traumatismes). Une connaissance détaillée des techniques et un entraînement régulier sont donc nécessaires afin d'éviter ou de minimiser tout risque d'accident.

Ces techniques nécessitent une action collective, réalisée de façon coordonnée sous les ordres d'un chef qui désigne au préalable la méthode choisie et dont la place est dictée par les circonstances, en principe à la tête. Cependant il doit toujours pouvoir surveiller le visage de la victime ainsi que la position des sauveteurs.

B. Les moyens de relevage

Le matériel de base du portage est le brancard normalisé. Il existe une série de matériels qui peut aider les équipiers à lever une victime. Certains d'entre eux peuvent être utilisés pour un portage sur une courte distance jusqu'au lieu où la pose sur le brancard est possible.

Les véhicules spécialement affectés, en permanence, au transport des victimes (blessés ou malades) sont équipés en général de brancards munis d'appui-tête (en fait, d'appui de la tête et du tronc) et de repose-pieds réglables, adaptés à des chariots porte-brancard, dont ils peuvent être parfois désolidarisés. Le brancard principal.

La chaise pliante de transport.

Le brancard cuillère.

Le plan dur d'immobilisation.

Le matelas Immobilisateur à dépression.

L'alèse portoir souple.

C. Les techniques de relevage

Principes généraux des techniques de relevage

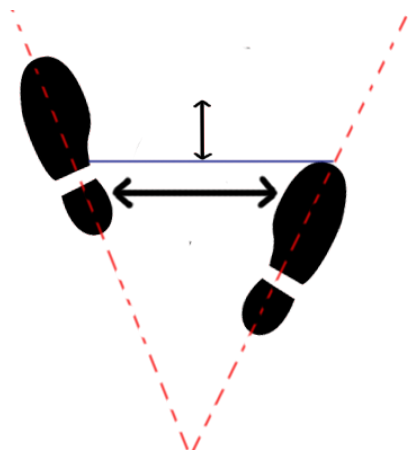
Le choix de la technique et du matériel relève du chef d'agrès, qui dans certaines circonstances peut demander un avis médical. Ce choix repose sur les éléments suivants :

- accessibilité de la victime (par la tête, les pieds, un côté...) et la possibilité de disposer ou non le brancard au plus près.
- état de la victime et nature des lésions suspectées.
- poids de la victime et nombre d'équipiers.
- matériel disponible.
- position d'attente de la victime (n'influe pas sur le principe de la technique choisie mais sur la position des mains des pompiers).

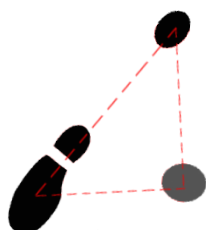
Quelle que soit la technique utilisée elle doit répondre aux critères suivants :

- stabilité des positions : (n'influe pas sur le principe de la technique choisie mais sur la position des mains des sapeurs-pompiers).
- Victime malade ou blessée non suspectée d'une lésion de la colonne vertébrale.
- Si la corpulence de la victime permet un relevage à 3 = Pont néerlandais à 3 équipiers ou = Pont simple
- Victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale.
- Victime de forte corpulence
= Pont néerlandais à 4 équipiers
ou = Pont amélioré
- Victime suspectée d'un traumatisme du rachis, du col du fémur ou polytraumatisé en vue de l'installer sur un matelas immobilisateur à dépression.
- Impossibilité de réaliser un pont simple ou amélioré (victime sous une voiture, un train...)
= Relevage au moyen du brancard cuillère
- Transfert d'une victime du lit au brancard (ou inversement)
= Transfert d'une victime du lit au brancard à 3 avec la technique de la cuillère.
- Transporter une victime sans atteintes graves par des passages inaccessibles à un brancard.
- Victime sans atteintes graves mais trop lourde pour être relevée selon les méthodes classiques.
- Pour faciliter un changement prévisible de brancard
= Relevage d'une victime à l'aide d'une alèse portoir.
- Chaque fois qu'une victime est dans une position particulière (PLS, assise, demi-assise, jambes surélevées...)
= Relevage d'une victime en position particulière

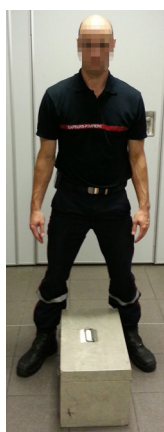
Le sauveteur en position debout doit avoir les pieds écartés, décalés et non parallèles.



À genoux, il se place en position de trépied, un genou à terre, l'autre écarté en dehors des avant-bras



L'effort de levage doit s'effectuer en gardant le dos plat avec les muscles des membres inférieurs, la colonne vertébrale aussi droite que possible.



Dans la mesure du possible toute manipulation doit s'effectuer au plus près du sauveteur afin d'éviter les « portés » bras tendus générateurs d'effort inutiles, de déséquilibre et de mauvais contrôle des gestes ;

- fermeté des prises : La charge est saisie à pleines mains et porte sur les avant-bras. Les points d'appui au plus près possible du blessé surtout au niveau des régions les plus lourdes (bassin, thorax...)
- bonne répartition des charges : Les équipiers doivent être plusieurs et judicieusement répartis.

- synchronisation des mouvements : Le soulèvement, le déplacement et le « poser » de la victime doivent s'effectuer avec le maximum de délicatesse, de synchronisation et de sécurité sous les ordres du chef.

Préparation de la victime

Contrôle des hémorragies

Il doit être effectué avant, pendant et après la manipulation du blessé.

Mise en position correcte des membres de la victime

Les membres inférieurs sont étendus avec douceur dans l'axe du corps et les membres supérieurs ramenés sur la poitrine et le ventre en suivant le même principe général que pour l'immobilisation de toute fracture à savoir : bloquer le membre concerné au dessus et en dessous.

Des mouvements modérés en flexion ou en extension des bras ne vont pas produire de déplacement important des épaules. En revanche n'importe quel mouvement ou angulation du pelvis provoque une mobilisation du sacrum et peut donc être responsable de lésions médullaires. Il faut donc avant toute mobilisation des membres inférieurs assurer au préalable un maintien du bassin en apposant les mains d'un sauveteur sur les crêtes iliaques sans exercer de pression sur ces dernières.

Bandage et pansement

Ils doivent être mis en place en principe avant le relevage sauf si des circonstances exceptionnelles imposent un relevage rapide

Immobilisation des fractures

Elle doit être effectuée avant le relevage avec les moyens adaptés (collier cervical, attelle...).

Administration d'O₂

Dans le cas où de l'oxygène est administré à la victime, les inhalations peuvent être interrompues pendant la manipulation sauf en cas de détresse respiratoire.

Préparation d'un dispositif de portage

Chaque fois qu'une victime doit être installée sur un dispositif de portage, ce dernier doit être préalablement préparé afin d'assurer un transport correct et confortable. Chaque fois que possible la victime sera enveloppée dans un drap puis une couverture avant d'être arrimée.

Un dispositif de portage correctement préparé doit permettre d'envelopper facilement et totalement le corps de la victime dans un drap puis une couverture.

Matériels :

- un drap
 - drap à usage unique
 - draps stériles, utilisés pour envelopper une victime qui présente des brûlures étendues.
- une couverture bactériostatique destinée à protéger la victime du froid.
- des sangles de fixation : les brancards modernes sont actuellement équipés ou peuvent s'équiper de sangles de fixation de la victime sur le brancard.
- une couverture de survie : Toute victime doit être protégée du froid et des regards extérieurs. Pour ce faire, nous disposons d'une couverture de survie ou bactériostatique. La couverture de survie est constituée d'un film en polyester avec un côté doré et un côté argenté. Le côté doré a la propriété de mieux réfléchir le rayonnement infrarouge que le côté argenté. Le côté argenté laisse mieux passer le rayonnement thermique que le côté doré.

Donc :

- pour protéger la victime du froid extérieur et conserver sa température, il faut mettre la face dorée vers l'extérieur. La propre chaleur de la victime est alors piégée (effet de serre) ; pour réchauffer cette victime, il faut disposer d'une source de chaleur extérieure. Le rayonnement traverse alors la couverture et se trouve piégée par la face dorée.
- pour protéger la victime des rayonnements du soleil, la couverture peut servir d'écran à condition que la face dorée soit dirigée vers l'intérieur (contre la victime) et qu'il y ait un espace suffisant pour permettre la circulation de l'air et limiter l'effet de serre.

Cette couverture à usage unique est une excellente alternative à l'utilisation de la couverture bactériostatique.

Cette dernière est une couverture hygiénique, décontaminable et isolante contre le froid et les microbes, à condition d'être désinfectée entre chaque victime.

17.5. Le brancardage et le transport

A. Le brancardage

La victime installée sur le brancard, dans la position adaptée à son état, doit être menée jusqu'au moyen de transport.

Les techniques présentées dans le présent paragraphe impliquent la réalisation du brancardage par des sapeurs-pompiers en équipe, dont l'action doit être rigoureusement coordonnée sous la conduite d'un chef et adaptée au terrain.

Deux situations peuvent se présenter :

- la victime est déjà dans une position adaptée à son état avant la mise sur le brancard; cette position est maintenue pendant et après la mise sur le brancard.
- la victime n'est pas dans une position adaptée au moment où l'équipe arrive auprès d'elle ; il faut donc :
 - mettre rapidement la victime en position adaptée (PLS, à plat dos...)
 - procéder à la mise sur le brancard.

Les positions et les techniques de mise sur le brancard ont été détaillées au paragraphe précédent. L'évacuation d'un blessé ou d'un malade sur un brancard, quelles que soient les précautions prises, demeure une épreuve inconfortable pour le sujet transporté qui ressent les vibrations transmises au brancard. En conséquence, tout brancardage doit s'effectuer en appliquant les règles de base suivantes :

- le brancard est placé à l'horizontale.
- les pompiers travaillent en équipe, sous la conduite d'un chef.
- la victime est sur le dos ou en position correspondant à la détresse.
- elle doit obligatoirement être sanglée ou arrimée sur le brancard avant tout déplacement.
- le chef place les équipiers en fonction de leur taille et de leur force.
- les commandements d'exécution sont le plus souvent précédés de commandements préparatoires et doivent être entendus de tous les équipiers.
- les mouvements doivent être doux et synchronisés
- le déplacement se fait en marchant.
- la marche doit être souple, sans secousse ni balancement.
- le brancard doit rester le plus possible horizontal.
- le blessé est brancardé en général tête en avant.
- le chef surveille en permanence la victime et la

position du brancard.

- la victime doit être couverte.

Les différentes positions de transport d'une victime consciente



Cas général



Détresse respiratoire



Douleurs abdominales



Risque de vomissement

Tout brancardage en milieu difficile, dangereux pour la victime et les équipiers nécessite l'intervention d'équipes et matériels spécialisés (sauvetage et déblaiement, Grimp).

B. Le transport

Le transport des victimes, en dehors des situations à multiples victimes doit impérativement être réalisé dans la cellule sanitaire d'un VSAV.

Ces engins ne permettent l'évacuation que d'une seule victime à la fois.

La présence d'un accompagnateur est interdite, en dehors du transport d'un mineur qui peut être accompagné par un tuteur légal, dans le cas des UNV où la présence d'un témoin est souhaitée ou lorsque la victime nécessite la présence d'un traducteur.

Dans ces cas, l'accompagnateur doit être installé sur

un siège muni de ceintures de sécurité Au cours d'un transport, les sauveteurs et plus particulièrement la victime sont soumis :

- aux dangers de tout usager de la circulation.
- aux inconvénients des variations de vitesse, des vibrations, du bruit, d'un éclairage inadapté. Le retentissement de la conduite sur l'état de la victime peut augmenter la douleur et aggraver une détresse.

La victime doit être mise en condition, installée et obligatoirement sanglée au brancard au moyen des ceintures de sécurité prévue à cet effet.

Le matériel de secours qui est utilisé ou susceptible d'être utilisé pendant le transport doit être fixé solidement pour ne pas chuter ou devenir en cas de décélération brutale un projectile dangereux.

Au cours du déplacement, il est indispensable que le personnel de secours soit assis et maintenu par des ceintures de sécurité.

Au cours du transport le conducteur doit :

- respecter le code de la route en particulier le port systématique de la ceinture de sécurité et les limitations de vitesse.
- adopter une conduite modérée, éviter toute conduite brutale et rapide, les variations brutales de vitesse (transfert sanguin dans le corps de la victime), les virages trop serrés.
- passer doucement ou éviter les nids de poules, les ralentisseurs, les passages à niveau.

L'état d'une victime peut s'aggraver rapidement pendant le transport. L'évolution de l'état de la victime doit donc être une préoccupation permanente du chef d'agrès qui est responsable de la surveillance de la victime. Pour cela il doit assurer ou faire assurer lorsque l'état de la victime ne présente aucun signe de gravité, une surveillance attentive par un personnel suffisamment formé et expérimenté :

- en lui parlant.
- en contrôlant régulièrement sa respiratoire et sa circulation.
- en recherchant une modification de ses plaintes (avez-vous plus ou moins mal, la douleur est-elle toujours la même?...)
- en appréciant l'aspect de sa peau.
- en surveillant le matériel utilisé et en contrôlant l'efficacité des gestes de secours réalisés : pansements, attelles, oxygénothérapie, arrêt des hémorragies, protection thermique (température). Les autres constantes (pouls, pression artérielle et SpO2) sont aussi contrôlées régulièrement.

Ils doivent également expliquer à la victime ce qui se passe pour la réconforter.

Si l'état de la victime s'aggrave, ils doivent :

- Immobiliser le véhicule sur le bord de la chaussée dans un endroit sûr.
- Rechercher de nouveau la présence d'une détresse vitale.
- Adapter la conduite à tenir.
- Informer immédiatement le médecin coordinateur.



Position de transport dans le VSAV