

LE MAG DE L'AMBULANCIER



*Les 16 - 17 et 18 mai 2018
en Côte d'Or
au Palais des Congrès de Beaune*

Prochain rendez-vous : Lyon 2019



Les journées d'étude et de formation des ambulanciers
Organisées par l'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers





Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

Association Loi du 1^{er} Juillet 1901
N° Préfectoral W 76 300 1282
SIRET : 491 375 911 00017
SIREN : 491 375 911
Code APE : 9499 Z
N° Déclaration Activité : 23 76 04841 76

« Le Magazine de l'Ambulancier » Magazine Annuel

- **Rédacteur en Chef du Magazine :**
Antoine PEREIRA - contact@afash.fr
- **Responsable de Rédaction :**
Olivier BISSON
Antoine PEREIRA
Alain BOURDEAU
- **Photos : AFASH**
- **Création et Réalisation du Magazine :**
COPIDEM - ALBI
33 Boulevard Sout
81000 ALBI
Site Internet : www.copidem-albi.fr

Nombre d'exemplaires : 1000
Dépôt Légal Avril 2018
Copyright 2014 AFASH
N° Inscription ISSN : 2269 - 1022
N° Inscription INPI : 13/4002807

Magazine gratuit.

Composition du bureau de l'AFASH

Président d'Honneur

Pr. Louis LARENG – Fondateur des SAMU de France

Président :

M. Antoine PEREIRA
Tél. 06 48 75 97 34
president@afash.fr

Vice-Président :

M. Olivier LEBON
vice-president@afash.fr

Secrétaire Général :

M. Olivier BISSON
secretariat@afash.fr

Trésorier Général :

M. Alain BOURDEAU
comptabilite@afash.fr

Conseil d'administration de l'AFASH

M. ADA ANTOINE
M. BISSON Olivier
M. BOURDEAU Alain
M. GROUGI Mickaël
M. LEBON Olivier
M. PEREIRA Antoine
M. SOULES David
M. STAUB Philippe

Responsables Commissions de l'AFASH

- **Commission Journées d'Etude et de Formation (JEF) :**
STAUB Philippe - jef.org@afash.fr
- **Commission Le Mag de l'Ambulancier :**
BISSON Olivier - secretariat@afash.fr
- **Commission Communication Extérieure/Législations :**
BOURDEAU Alain
- **Commission Communication Internet :**
LEBON Olivier - webmaster@afash.fr
- **Commission AFASH TV :**
SOULES David - afashtv@afash.fr
- **Commission Délégués de Région :**
PEREIRA Antoine - president@afash.fr

Inscription pour les JEF des Ambulanciers

Secrétariat de l'AFASH : M. BISSON Olivier
15 Rue d'Eguisheim - 21700 Nuits Saint Georges
Tél. 06 48 75 97 34
E-mail : jef.org@afash.fr

Toutes les informations sur le site : www.afash.fr

Le mot du Président

Antoine PEREIRA



Cette 6^{ème} édition du « MAG de l'Ambulancier » marque un tournant dans la vie du magazine. En effet, celui-ci devient le support papier officiel des « Journées d'Etude et de Formation » (JEF) que l'A.F.A.S.H. organise. Il servira d'outil pédagogique du congressiste, en reprenant tous les

sujets abordés lors des JEF de l'année en cours. Le magazine devient donc un des moyens d'assurer la formation continue de ses lecteurs et lectrices.

Je vous invite, ambulanciers et ambulancières exerçant dans les secteurs du transport inter-hospitalier, pédiatrique, psychiatrique, SMUR, à devenir intervenants lors de nos JEF et d'apporter ainsi votre savoir-faire à travers une présentation qui sera par la suite publiée dans notre magazine. Il est important de rappeler cette année, l'engagement et le travail fournis par les membres de l'AFASH, dans les différents courriers et dossiers que nous suivons. J'en profite pour adresser un grand merci à toute mon équipe pour cet acharnement.

Mais il est vrai que sans vous, les adhérents, les informations ne nous arriveraient pas.

Le conseil d'administration de l'AFASH vous remercie vraiment pour votre confiance et votre pertinence sur certains points que l'on peut lire via notre groupe Facebook.

L'évolution des choses a fait que notre combat principal devient la mise en place et le maintien des ADE dans tous les SMUR de France afin que notre profession ne disparaisse pas... C'est en étant plus nombreux que nous arriverons à obtenir cette reconnaissance tant attendue. Le changement de nos statuts nous permettrait enfin de rentrer dans la catégorie active de la fonction publique hospitalière en faisant valoir notre contact direct et permanent auprès des patients.

2018 a lancé l'AFASH dans un combat inédit jusqu'à ce jour. Si l'issue en est favorable, cela remettra en question le fonctionnement de certains SMUR et pourra faire changer la donne dans nos actions futures.

Ce combat c'est celui entamé contre le CH d'Arles, avec le dépôt au tribunal par l'AFASH d'un référé visant à

annuler la décision du directeur de supprimer les ADE en poste au profit des Sapeurs-Pompiers. L'AFASH espère qu'avec ce dossier d'Arles, la réglementation sur la composition de l'équipage SMUR soit respectée dans tous les CH de France, à savoir que le poste de conducteur dans une SMUR doit être occupé obligatoirement par une personne titulaire du Diplôme d'Etat d'Ambulancier.

Mais pour cela, il nous faut être fort. Et cette force nous ne la trouverons que par l'union de TOUS.

Rejoignez cette cause en adhérant à l'AFASH, unissons-nous et renforçons-nous pour gagner ces combats.

Ce ne sont pas 10 euros de plus ou de moins qui nous feront être forts !!! NON !!!

Notre force sera notre représentativité devant les instances. Si nous arrivons à avoir 1200 connectés sur le groupe facebook, nous devrions avoir au moins 1000 adhérents. Nous serions alors 1000 adhérents d'une association nationale à vouloir faire reconnaître notre profession d'ambulancier hospitalier et à vouloir faire évoluer nos statuts pour enfin coller à la réalité du quotidien. Malheureusement aujourd'hui nous en sommes loin.

Je tenais à adresser mes sincères remerciements, à une personne dévouée, Anthony GRAULE, qui a été le créateur de notre nouveau site internet. Grâce à son travail, aujourd'hui, vous pouvez adhérer à l'AFASH en ligne. Merci à lui.

Et pour finir, une haie d'honneur, avec tous nos applaudissements et remerciements à l'ensemble du personnel médical, paramédical, cadre avec une mention spéciale pour les Ambulanciers du SAMU de Dijon, des SMUR Beaune et Semur en Auxois, pour leur investissement sans faille dans l'organisation des JEF 2018 en Côte d'Or.

N'oublions pas de remercier la direction générale du CHU de Dijon, les hospices civils de Beaune avec une grande pensée à l'ancien directeur des hospices Monsieur Antoine JACQUET.

Nous comptons sur vous, vous pouvez compter sur nous !

Antoine PEREIRA
Président de l'AFASH

SOMMAIRE

- | | |
|---|---|
| P. 4 Mots de bienvenue | P. 20 Conduite à tenir sur le réseau autoroutier |
| P. 5 Présentation du SAMU 21 | P. 21 La profession d'ambulancier sous l'angle juridique |
| P. 7 Transport intra-muros CHU Dijon | P. 22 Prise en charge ACR nouveau-né, nourrisson et enfant |
| P. 8 Le SMUR Pédiatrique « DIJON-BOURGOGNE » | P. 24 Simulation numérique et traumatologie grave |
| P. 9 Projet CENTURION | P. 27 Le binôme DEA SMUR et IOA au sein des HCB |
| P. 10 La Sophrologie appliquée en SMUR | P. 28 Formation des Ambulanciers en Suisse (Genève) |
| P. 12 Transports sous ECMO | P. 29 Balistique en traumatologie |
| P. 16 Évolution de la signalétique des véhicules du SMUR | P. 31 Assistant(e) de Régulation Médicale |
| P. 17 Escorte motorisée Police Nationale | P. 32 Expo « Sans Rendez-vous » |
| P. 18 L'intérêt du garage mécanique hospitalier | P. 35 Le camion porte-berce au SMUR de Limoges |
| | P. 37 PHTLS : reconnu pour sauver des vies |



C'est avec grand plaisir que nous accueillons les Journées d'Etudes et de Formation des Ambulanciers en Côte d'Or pour leur 15^{ème} édition. Cette très belle organisation, dont tous les participants vont bénéficier pendant 3 jours, est le fruit d'une collaboration des plus efficaces entre un certain nombre d'acteurs qui se sont mobilisés sans compter :

- Les Hospices de Beaune à travers le soutien sans faille, dès le début du projet, de M. Jacquet et de M. Poher son successeur,
- Le CHU de Dijon de par son implication et son engagement sur un certain nombre de dossiers,

- Les partenaires institutionnels et privés qui permettent grâce à leur soutien financier le déroulement des travaux de ces journées dans un cadre idéal,

- L'AFASH qui a accordé une confiance et une aide indispensable à l'équipe locale pour permettre une organisation sereine et efficace,

- Et enfin, la Team SMUR 21, impulsée par les ambulanciers SMUR du département auxquels se sont joints un nombre importants de personnels de l'Aide Médicale Urgente de Côte d'Or.

Bravo à tous et félicitations pour le travail accompli. Bienvenue aux Ambulanciers SMUR Hospitaliers de France et d'Outre-mer et bonnes journées d'études.

Docteur Hervé ROY
Chef de service Adjoint CRUU

L'association « TEAM SMUR 21 » est née le 16 juin 2015, par l'initiative des Ambulanciers SMUR de BEAUNE et DIJON.

Au départ, l'association fut créée pour organiser des journées d'étude et de formation et trouver un cadre organisationnel à la réalisation de ce projet.

Au début de l'aventure, nous étions 6 ambulanciers et ARM à réfléchir à l'élaboration de ce rendez-vous qui aujourd'hui a vu le jour.

La mayonnaise a pris, et en trois ans, l'association est devenue plus importante grâce à l'organisation de sorties, de rencontres sportives, du bal de la Team...

Aujourd'hui, ce sont 87 membres qui constituent notre association (ambulanciers, infirmiers, ARM, médecins... Chaque corps de métier de nos SMUR y est représenté et cela dans l'ensemble des SMUR du département).

Les membres de notre « TEAM », sont heureux de vous accueillir durant ces trois jours aux côtés de l'AFASH et espérons que CÔTE D'OR 2018 SERA UN TRÈS BON MILLÉSIME !

Nous tenons à remercier Mr PEREIRA Antoine, Président de l'AFASH pour sa confiance dans l'élaboration du projet, Le Dr Hervé ROY et le Pr MANGOLA pour son implication.

Sans oublier, une très grande pensée à Mr A. JACQUET qui nous avait apporté toute sa confiance à l'organisation des 15^{èmes} journées d'étude et de formation.

La TEAM 21



L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE



DIJON SAMU 21/CCRA
18 MÉDECINS/24 ARMS

266177 APPELS EN 2017
103244 DOSSIERS DE RÉGULATION

LES S.M.U.R. DE CÔTE D'OR

- **DIJON** : 3 ÉQUIPES JOUR DE 8H00 À 0h00
2 ÉQUIPES DE 0h00 À 8H00
ACTIVITÉ NÉONATALE RÉGIONALE pour des ambulanciers

Nombre d'interventions : 3855 primaires
1122 secondaires

Composition équipe : 1 médecin, 1 infirmière ou IADE et un ambulancier

- **BEAUNE** : 1 ÉQUIPE JOUR par 24H
Nombre d'interventions : 903 primaires
34 secondaires

Composition équipe : 1 médecin, 1 infirmière ou IADE et un ambulancier

- **SEMUR EN AUXOIS** : 1 ÉQUIPE JOUR par 24H
Nombre d'interventions : 429 primaires
45 secondaires

Composition équipe : 1 médecin, 1 infirmière ou IADE et un ambulancier

- **CHÂTILLON/SEINE** : 1 ÉQUIPE JOUR par 24H
Nombre d'interventions : 286 primaires
4 secondaires

Composition équipe : 1 médecin, 1 infirmière et un ambulancier ou AS



LES VECTEURS SMUR DÉPARTEMENTAUX

VECTEURS SMUR DIJON

- 4 AMBULANCES DE RÉANIMATION
- 3 VÉHICULES LÉGERS D'INTERVENTION
- 1 VÉHICULE 4 ROUES MOTRICES
- 1 VÉHICULE POSTE DE COMMANDEMENT
- 1 HÉLICOPTÈRE EC 135
- 1 AMBULANCE DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE
- 2 REMORQUES PSM ET NRBC
- 1 AMBULANCE DE SIMULATION



VECTEURS SMUR BEAUNE

- 1 AMBULANCE DE RÉANIMATION
- 2 VÉHICULES LÉGERS D'INTERVENTION



VECTEURS SMUR SÉMUR EN AUXOIS CHÂTILLON SUR SEINE

- 2 AMBULANCES DE RÉANIMATION
- 2 VÉHICULES LÉGERS D'INTERVENTION



AMBULANCE DE RÉANIMATION
TYPE B
TYPE A1
VLM

100% sur-mesure
100% **Made in France**

Pour plus d'informations, contactez:

Pascal BOUGREAU
06 70 64 25 26 - pascal.bougreau@gruau.com



Entrez dans l'univers Petit by Gruau



Transport intra-muros CHU Dijon

M. Jean-Yves Gerbet

TRANSPORT MOTORISÉ DES PATIENTS AU CHU DE DIJON PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Le CHU de Dijon crée son service central de transport des patients en 1980, met en place un N° d'appel unique et se dote d'un parc de véhicules avec comme mission principale le transport motorisé des patients. Le CHU est, à l'époque multi sites. Son parc est constitué de véhicules de catégorie C et D et d'un minibus. Il transporte alors 200 patients par jour. Les conditions de transport, les techniques d'installation des patients, l'augmentation de l'activité et les contraintes sur l'effectif vont amener ce service à faire évoluer ses pratiques. Au regard des analyses statistiques et de l'observation de terrain, le parc montre des limites :

- la qualité et la sécurité offerte aux patients est discutable et un compromis est réalisé au bénéfice de la capacité de transport,
- l'ergonomie et les techniques de manutention n'offrent de bonnes conditions de travail au personnel,
- les modes de transport offerts par le STP (Service de Transport des Patients) montrent des limites, sont complexes à mettre en œuvre en transport motorisé et imposent des manutentions supplémentaires,
- les véhicules ne sont pas polyvalents sur les modes de transports et le phénomène est plus marqué pour le minibus et les VSL qui ne peuvent admettre que des patients valides.

La première évolution, dans les années 90 fut de faire l'acquisition de TPMR (Transport de Personnes à Mobilité Réduite) de gros volume doté de hayon élévateur, d'un espace modulable avec une capacité de transport de 4 fauteuils ou de 7 patients valides. Une partie de la charge des transports en fauteuil confiée précédemment aux ambulances est reprise par ces véhicules. Mais, si ces véhicules sont pertinents sur des trajets longs où ils apportent une réponse à la nécessité de regrouper les patients ils sont finalement sous employés pour les trajets courts (peu de patients simultanés) et lent à utiliser du fait du recours au hayon élévateur. Une analyse statistique démontre d'ailleurs qu'ils transportent finalement très peu de patients simultanément (moyenne de 2 patients présents dans le véhicule). Le constat du quotidien montre aussi une ponctualité discutable pour les transports groupés et des patients qui ont froid (temps de chargement porte ouverte).

La réponse viendra de deux éléments nouveaux : les TPMR petit volume et les rampes de chargement. Le facteur déclenchant fut la mise en place des 35 heures puis des 32 heures de nuit et son lot de contraintes d'effectif.

La découverte des TPMR sur base Kangoo fut déterminante et décision fut prise de réduire le parc d'ambulances au bénéfice des TPMR. Ainsi un patient en fauteuil ne nécessitait plus deux agents pour être pris en charge, les manutentions complexes disparaissent et le parc de fauteuil est mis en adéquation avec la répartition des modes de transports (65 % des patients sont valides ou en fauteuil).

Ceci aura donc comme conséquence de ne plus voir embarquer des fauteuils par la porte latérale des ambulances et nous permettra de faire l'acquisition d'ambulances de petit volume plus confortables et moins coûteuses.

La transformation des TPMR gros volume en les dotant de rampe de chargement réduit les temps de chargement.

Fort de cette expérience, à la réforme des gros TPMR, le STP

transforme deux ambulances gros volume (catégorie A) en les dotant de rampe de chargement qui vont rendre possible le transport des patients en lit. En effet, la structure pavillonnaire du site historique, le transport des patients de réanimation vers l'imagerie, la nécessité de répondre aux transports bariatriques dont la fréquence augmente nous amène en toute logique à cette solution. Une dérogation est validée par le CODAMU. Il devient possible d'utiliser le matériel de transport bariatrique en provenance des US inutilisables dans nos ambulances françaises. L'équipement du véhicule est complété d'un treuil.

Dans le même temps, au travers de son marché transports, le CHU a demandé aux entreprises privées d'être en capacité de nous offrir du transport en TPMR. Le lot des transports fauteuil est maintenant celui auquel nous avons le plus recours. Nous bénéficions d'un tarif intermédiaire entre le transport allongé et le transport assis ce qui nous permet de réaliser des économies.

Le regroupement sur un seul site de nos activités a transformé le profil de notre activité : nous sommes passés de 85 % de motorisé à 93 % de pédestre et l'activité est passée de 250 transports par jour à 1000... Le parc automobile du service est passé de 21 véhicules s'est vu de fait réduit. L'expérience acquise perdure : le parc est composé de 3 ambulances et 3 TPMR petit volume, nos patients bénéficient toujours des mêmes prestations.

En 2018, l'Assurance Maladie transférera vers les établissements de Santé publics une partie de l'enveloppe transports : les transports inter-établissements seront à la charge des établissements prescripteurs. Ainsi chaque établissement aura la charge de tous ces transports (valeur de 8 Millions d'euros pour le CHU de Dijon) et devra, a minima, gérer ces transports et au mieux en réaliser une partie dans un souci de recherche d'efficacité.

Le CHU de Dijon réfléchit, en s'appuyant sur ses acquis, à faire évoluer son parc de véhicule en se dotant de TPMR de volume moyen (type Trafic) afin de réaliser ces transports sur l'agglomération dijonnaise en mode partagé. Bien évidemment les entreprises privées de transport seront amenées à faire évoluer leur offre pour rentrer sur le marché de transport de notre établissement. ■



SIGNALISATION
LUMINEUSE ET SONORE



SIGNALTEC - 9 rue Jacquart 38230 TIGNIEU - Tél : 04 78 31 14 87 - Web : signaltec.fr

Historiquement, les transports néonataux et pédiatriques au CHU de Dijon ont évolués en fonction :

- des techniques de prise en charge des enfants,
- de l'organisation au sein du CHU des services de Réanimations Néonatale et Pédiatrique,
- de la création du Réseau Périnatal de Bourgogne,
- et des demandes de l'ARS pour la région.

L'activité de SMUR Pédiatrique est soumise à autorisation (décret n°97-619 du 30 mai 1997/article R.712-71-4), et réglementée par la circulaire DHOS/01/2005/67 du 7 février 2005.

Actuellement, il existe une grande hétérogénéité entre SMUR Pédiatriques en France : certains assurent des interventions pédiatriques primaires et secondaires, d'autres (la majorité) uniquement des interventions secondaires. Certains ne font que des transports de nouveau-nés, d'autres jusqu'à des âges variant entre 1 an et 18 ans. Certaines régions ont 2 SMUR spécialisés : un néonatal et un pédiatrique, d'autres n'en ont pas... Certains ont une activité très importante, d'autres une activité moindre.

Le groupe National des SMUR Pédiatriques, travaille actuellement sous l'égide du GFRUP (Groupe Franco-phone de Réanimations et Urgences Pédiatriques), en coordination avec les ARS et les réseaux « Urgences » dans les régions, afin de tendre progressivement vers une harmonisation de ces organisations.

Le SMUR Pédiatrique Dijon-Bourgogne assure la régulation et effectue les transports secondaires des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans, ainsi que des transports intra-CHU pour les enfants hospitalisés en réanimation. Le périmètre d'activité concerne les 4 départements bourguignons et celui de la Haute-Marne (GHT 21-52), autour des deux seules unités de réanimation, l'une néonatale, l'autre pédiatrique, localisées au CHU de Dijon. Les moyens médicaux et infirmiers sont mutualisés avec ces 2 unités de réanimations, pour

constituer une équipe médicalisée H24 (en astreinte sur les créneaux d'heures de garde) et une infirmière les jours ouvrables de semaine pour les transports infirmiers.

Les transports médicalisés terrestres sont réalisés avec une « AR Pédiatrique » dédiée, équipée spécifiquement, et conduite par les ambulanciers du SAMU 21. Les transports hélicoptérés sont possibles avec l'hélicoptère EC 135 basé au SAMU 21. Tous les transports infirmiers sont réalisés avec une compagnie d'ambulances privée qui a un contrat avec le CHU.

Le matériel médical est également spécifique avec un module « Incubateur-Nouveau-né » et un module « Barquette-Nourrisson » totalement équipés pour les transports médicalisés, ainsi qu'un module « Incubateur-Nouveau-né » et un module « Brancard-Cosy » équipés pour les transports infirmiers. La maintenance du matériel est totalement assurée par le personnel infirmier du SMUR Pédiatrique.

Ces transports spécialisés requièrent une compétence et une formation de l'ensemble des intervenants pour une prise en charge optimale des enfants, le SMUR Pédiatrique étant un maillon indispensable de la chaîne des soins. ■



Les bébés de la chouette

Mme Dumesnil et Ophélie



Cette association loi 1901 agit en faveur des bébés et enfants hospitalisés au CHU de Dijon.



CELLULE D'ENTRAÎNEMENT À L'URGENCE RÉANIMATION



QUAND ?

Ce projet est né à la suite du Colloque de l'ANCESU de Toulon, en 2015.

L'objectif est d'améliorer le réalisme des scénarii effectués lors des mises en situation pendant les formations des professionnels du pré hospitalier (Ambulanciers, équipe SMUR, étudiants). Les professionnels du secours préhospitalier peuvent désormais s'entraîner dans un environnement fidèle à leur réalité de terrain.

COMMENT ?

Une ambulance réformée du SMUR de Dijon a été récupérée. Des devis pour l'équipement ont été demandés. Enfin, des sponsors ont été démarchés aussi bien par l'équipe du CESU 21 que par l'atelier mécanique du CHU.

POURQUOI ?

Le classique dogme du « jamais la première fois sur le patient » s'applique même en pré-hospitalier. De nombreux enseignements ne peuvent pas toujours être dispensés sous forme de cours magistraux ou en séances de travaux pratiques.

La simulation met en application les connaissances conceptuelles, les algorithmes/arbres décisionnels, les aptitudes techniques. Elle permet d'améliorer la prise de décision, la communication, le travail d'équipe ainsi que les comportements, par le Savoir, Savoir-faire, Savoir-être. Le travail en équipe via des scénarii de plus en plus réels est en essor. La véracité de la contextualisation des mises en situation joue un rôle très important dans l'apprentissage via une meilleure immersion et implication des apprenants.

Le bénéfice final est d'optimiser la sécurité des patients.

LA MISE EN PLACE

Les formateurs du CESU 21 en collaboration avec le personnel du SMUR dispensent les différentes sessions. Ceci garantissant un apport pédagogique et pratique de qualité auprès des apprenants.

Depuis janvier 2017, l'outil est utilisé pour la formation continue des ambulanciers (ex : accouchement dans une ambulance), la FAE Ambulancier SMUR ou des formations en situations sanitaires exceptionnelles au profit des équipes SMUR (ex : damage control). Elle a aussi pour vo-

cation d'être utilisée par les équipes SMUR du CHU de Dijon, notamment les nouveaux diplômés ou arrivants, afin de s'entraîner en équipe sur des prises en charge de patients en pré-hospitalier (ex : TIIH ou EVASAN SMUR).

CONCEPTION

L'intérieur de l'ambulance (cabine et cellule) est une copie conforme des UMH du SMUR de Dijon. La cellule est modulable soit en configuration UMH SMUR soit en ambulance privée. CENTURION est munie d'un mannequin de simulation, d'un système et d'une régie vidéo (caméras, scope, ordinateurs, écrans, matériel de projection...), de tout le matériel de relevage et de conditionnement ainsi que de tout le petit matériel employé dans une ambulance privée ou ambulance de réanimation selon les utilisateurs (pansements, perfusions, médicaments...).

UTILISATION

Cet outil est accessible 24h/24 et 7/7j par les équipes du SMUR de Dijon, afin d'assurer la formation en continue de tous nos personnels, et en particulier des nombreux stagiaires accueillis au sein du service.

La disponibilité, la proximité et l'aménagement identique de l'ambulance ont permis à tous les professionnels de se l'approprier.

FINANCEMENT

La réhabilitation de l'ambulance, (carrosserie, peinture, sérigraphie, rampes lumineuses) a été rendue possible par des sponsors fournisseurs du CHU.

Le réaménagement intérieur a été réalisé par les ateliers du CHU (électricité, garage, peinture, menuiserie...).

Le système vidéo mobile a été acheté par le CESU 21 pour une utilisation polyvalente.

Enfin tous les consommables, perfuseurs, kits, électrodes... sont issus des péremptions ou du matériel réformé du SMUR.

EVOLUTION

Non envisagé initialement dans le projet, CENTURION est utilisé également pour le soutien logistique de certaines formations (formation SSE) et comme vecteur de transport sanitaire lors de l'organisation d'exercices grande échelle.

COMMUNICATION

Enfin cet outil pédagogique assure la promotion du CESU 21 ou du CHU de Dijon à l'extérieur de l'établissement (journées de sécurité routière, opération « hôpital des nou-nours », colloque, congrès etc...).

Rédacteurs : L'équipe du CESU 21.

Remerciements aux différents sponsors : MERCURA, PROFIL +, GRUAU, Sellerie DELAGE, Groupauto, Sécuritest Bourgogne Auto pièces, Clovis, Berthier, Carrosserie Élégance Auto ■

Ambulancier au sein du SMUR de Rouen depuis plusieurs années et confronté quotidiennement au stress, à la douleur morale ou physique, je me suis intéressé à la Sophrologie. La certification reçue à la fin des deux années de formation au sein du Centre de Formation des Sophrologues Professionnels (CFSP) m'a permis de m'inscrire au Répertoire National de la Certification Professionnelle, et de ce fait, avoir un niveau de qualification reconnu par l'Etat.

La sophrologie est une méthode relativement jeune, elle a été mise au point en 1960 par le Professeur Caycedo, neuropsychiatre.

Pour faire simple, la sophrologie est un ensemble de techniques utilisant la respiration, le relâchement musculaire, des stimulations corporelles ainsi que des visualisations positives.

La sophrologie en intervention SMUR est utilisée dans les interventions où les patients présentent des douleurs ou un stress élevé. Nous savons par expé-

rience que l'attente et l'arrivée d'une équipe médicale provoque une anxiété qui se répercute sur une augmentation de la douleur. L'application des techniques sophrologiques permet de détendre le patient dans un premier temps puis d'atténuer, dans la mesure du possible, la douleur dans un second temps. Le patient plus serein a une meilleure coopération avec l'équipe médicale et cela peut également, dans certain cas, aboutir à une médication plus légère. La sophrologie peut aussi avoir une utilité pour les accompagnants, famille ou ami, lors de la prise en charge urgente ou le décès d'un proche, sur le lieu même de l'intervention. La sophrologie est de plus en plus fréquemment une alliée appréciée par l'ensemble des équipes dans la prise en charge des soins d'urgences.

M. Guillaume Dolpierre
Ambulancier SMUR ROUEN
Praticien Sophrologue FEPS

corpuls® CONNECTMED

02 85 52 49 26

corpuls cpr

Nouveau système de compressions thoracique

Simple & rapide à mettre en place
Passage facilité du massage cardiaque manuel
au système de compression thoracique

Compressions en mode continu,
30:2 ou 15:2

Possibilité de modifier la fréquence
et la profondeur de compression
en cours de fonctionnement.

Ecran couleur et
interface intuitive

Aucune restriction
sur le poids
du patient

**3 heures
d'autonomie**
Recharge secteur possible
en cours d'utilisation



corpuls³
La référence
Moniteur / Défibrillateur
3 modules DISSOCIABLES
mais toujours CONNECTES



Rencontrez l'équipe Corpuls
ainsi que toute la gamme
aux JEF 2018 Côte d'or
du 16 au 18 mai 2018 à
Beaune

Tél. : 02 85 52 49 26
Fax. : 02 85 52 49 28
contact@corpuls.fr

corpuls®
CONNECTMED

Mutuelle hospitalière
mnh.fr

SOYONS SOLIDAIRES PENSONS À NOUS

Depuis 1960, la mission de la MNH est de rassembler
les hospitaliers pour qu'ensemble, nous soyons plus forts.

Aujourd'hui, nous continuons de nous unir autour d'offres de santé
dédiées, comprenant des garanties en cas de perte de salaire, des
allocations naissance et mariage, un capital décès, une participation aux
frais funéraires.

C'est cela, préserver votre bien-être et votre pouvoir d'achat.

MNH



Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social - 331, avenue d'Antibes - 45213 Montargis Cedex. La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

TRANSPORT DE PATIENTS SOUS ASSISTANCE CIRCULATOIRE EXTRACORPORELLE

INTRODUCTION

Depuis la fin des années 2000, l'assistance par circulation extracorporelle (CEC) a connu un essor important. Cette thérapeutique d'exception entre dans la prise en charge des défaillances respiratoire et cardiaque échappant au traitement médical maximal. Le développement d'unités mobiles d'assistances circulatoires (UMAC) et la miniaturisation du matériel, permettent la mise en œuvre de CEC chez des patients instables et non transportables, hospitalisés en centres non spécialisés. Ces prises en charge nécessitent la mobilisation des équipes de SAMU-SMUR pour le transport rapide de l'équipe d'UMAC auprès du patient, puis son rapatriement sous CEC vers un centre de référence. La période de transfert doit faire l'objet d'une attention spécifique afin de minimiser la survenue de complications souvent létales pour le patient.

ORGANISATION

La composition des équipes d'UMAC varie en fonction des centres. Elles se constituent d'un ou deux chirurgiens cardio-vasculaires, d'un perfusionniste, d'IBODE et parfois d'un anesthésiste-réanimateur de chirurgie cardiaque. Ces équipes sont disponibles 24h/24.

Le service demandeur contact l'UMAC pour convenir de la meilleure stratégie de prise en charge du patient en défaillance respiratoire ou cardiaque. Un patient jugé suffisamment stable, sera transporté par un SMUR vers un centre de référence pour bénéficier d'une réévaluation, avant une éventuelle assistance. Si l'indication de la mise en place d'une CEC avant transfert est retenue (instabilité majeure et absence de contre-indication), le transport de l'équipe d'UMAC auprès du patient est sans délai, par le moyen de plus rapide et le plus adapté. Ce transport est organisé grâce à un travail commun entre le SAMU, qui dispose des vecteurs, et l'équipe d'UMAC. La mise en place de protocoles de départ propre à chaque centre ; prenant en compte les difficultés géographiques, météorologiques, le nombre de personnes composant l'équipe d'UMAC, ainsi que le volume et le poids du matériel spécifique à la CEC ; permet de faciliter cette organisation. Le nombre de personnes composant l'équipe d'UMAC ainsi que le poids du matériel sont facteurs limitant pour l'utilisation de l'hélicoptère. Certains aéronefs ne permettent pas de transporter plus de 2 membres de l'équipe d'UMAC, entraînant des difficultés lors de la mise en place de la CEC.

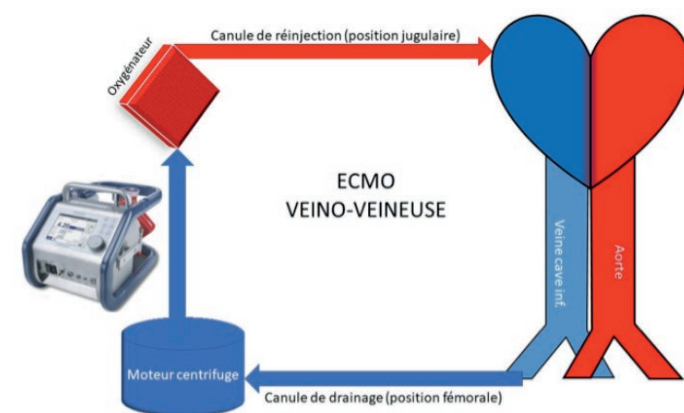
Le véhicule de transport aller n'est pas obligatoirement celui du transport retour. Après la mise en place de la CEC, la stabilisation du patient avant le rapatriement peut prendre plusieurs heures. L'utilisation du même véhicule pour les 2 transports doit donc être prise en compte dans l'organisation du SAMU. Si un véhicule différent est mobilisé pour le transport retour, cela doit être anticipé par l'équipe régulatrice du SAMU avec dans certaines régions la nécessité d'une mise en relation de plusieurs SAMU départementaux. Le rapatriement d'un patient sous CEC est difficilement envisageable par hélicoptère (manque de place, installation difficile et périlleuse...)

MATÉRIEL, INDICATION ET MISE EN PLACE

La miniaturisation du matériel de CEC facilite la réalisation de cette technique en dehors des centres de référence. Malgré tout, le matériel reste lourd et volumineux. Il se compose d'une console avec un corps de pompe ou d'un moteur déporté, d'un oxygénateur, d'un circuit, et d'un chariot permettant sa mobilisation. Il faut ajouter à cela tous les produits consommables nécessaires à la mise en place de la CEC (canule de différents diamètres, boîtes chirurgicales avec bistouri et écarteurs, solutés de remplissage, fils de sutures, casaque et champs stériles...). Le matériel doit être prêt et disponible 24h/24, les péremptions et l'état de charge des appareils électriques contrôlés régulièrement.

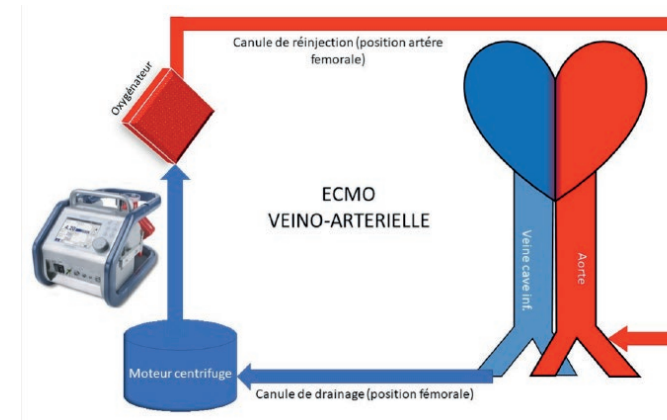
Les indications de mise en place de CEC se divisent en deux grandes causes :

1/ **Assistances pour défaillances respiratoires** (SDRA, hypercapnie réfractaire) ne répondant plus aux traitements conventionnels, appelées **ECMO** ou **ECMO-VV** (Extra Corporeal Membran Oxygenation / Extra Corporeal Membran Oxygenation Veino-Veinous) afin d'assurer une hématose (oxygénation et décarboxylation) correcte le temps de la prise en charge étiologique de la pathologie pulmonaire. La mise place des ECMO s'effectue par une double ponction veineuse. La première au niveau d'un scarpin pour la mise en place de la canule de drainage dont la distalité doit être placée dans la veine cave inférieure à proximité de l'oreillette droite afin de drainer le sang veineux. La seconde au niveau jugulaire droit pour la mise en place de la canule de réinjection du sang ayant été décarboxylé et oxygéné par son passage dans l'oxygénateur. Ces ECMO jouent donc le rôle de « poumons », en attendant que les poumons du patient guérissent de la pathologie qui les atteints.



2/ **Assistances pour défaillances circulatoires** (choc cardiogénique, intoxication médicamenteuse ou toxique, hypothermie, embolie pulmonaire, myocardite) appelées **ECLS** ou **ECMO VA** (Extra Corporeal life support / Extra Corporeal Membran Oxygenation Veino-Artériel). L'ECLS a pour objectif d'assurer un débit circulaire (3 à 5 litres/min) suffisant pour la perfusion des organes. La voie préférentielle de mise en place dans le cadre de l'urgence est la voie fémoro-fémorale. La canule de drainage est mise en

place dans la veine fémorale et positionnée en regard de l'oreillette droite, et la canule de réinjection est, elle, positionnée au niveau de l'artère fémorale homo ou controlatérale. Il existe un risque important d'ischémie de membre inférieur du côté de la canulation artérielle, avec nécessité de mise en place d'une canule de reperfusion au niveau de l'artère fémorale obturée par la canule. La surveillance du membre canulé doit être rapprochée, pour détecter précocement tout signe d'ischémie.



PARTICULARITÉS DES TRANSPORTS

Le rapatriement du patient, sous CEC d'assistance, vers le centre de référence et une période à risque. Malgré la présence de l'assistance ces patients restent particulièrement vulnérables et sensibles au changement de situation. Ils sont lourdement équipés avec de manière systématique en plus de la CEC : un cathéter artériel, une voie veineuse centrale, plusieurs pour seringues (amines, sédation...), un respirateur, un scope et 2 bouteilles d'oxygène (CEC et respirateur). Parfois une machine de contre pulsion ajoutée à l'ECLS, augmentant de façon importante le volume du matériel.



Afin d'optimiser les conditions de transport, l'UMH doit être de grand volume. L'équipement inutile à la prise en charge d'un patient sous assistance (dispositif de massage cardiaque automatisé, kit nouveau né et accouchement, attelles, sac pédiatrique...) est retiré pour libérer un maximum de place à la CEC et au personnel. En fonction de l'organisation dans l'UMH, l'inversement de l'orientation du patient (tête vers les portes arrières) peut améliorer l'ergonomie. Si cette option est retenue elle doit être anticipée et connue de tous les membres de l'équipe d'autant qu'elle entraîne possiblement un réagencement de l'intérieur de la cellule. L'ambulancier joue un rôle important dans cette phase. Il connaît les différentes possibilités d'organisation,

ainsi que les matériels pouvant être déplacés aisément et ceux ayant une place fixe.



Comme pour toute intervention primaire et transfert médicalisé, l'ambulancier doit s'assurer que la quantité d'oxygène (O_2) disponible est suffisante pour la durée du transfert, et prendre une marge de sécurité satisfaisante. Les volumes d' O_2 nécessaires sont importants. Il faut additionner les consommations liées à ventilation mécanique et celle de la CEC. La ventilation mécanique consomme habituellement de 3 jusqu'à 10 L/min d'oxygène ($VO_2 = \text{volume courant} \times \text{fréquence respiratoire} \times \text{fraction inspirée en oxygène}$). L'ECLS et l'ECLS sont équipées d'un mélangeur de gaz (Air + O_2). Un débit en litre par minute (le balayage), et une fraction en oxygène de 21 à 100 % sont réglés par l'équipe en fonction des besoins du patient. Le calcul du volume d'oxygène par minute s'effectue de manière analogue à celui de la ventilation mécanique ($VO_{2,CEC} = \text{débit en l/min} \times FiO_2$), il est en général compris entre 2 et 10 L/min d'oxygène.

L'alimentation électrique est aussi un point majeur du transport. L'UMH doit disposer d'un transformateur 220V et être capable de fournir un ampérage suffisant pour l'alimentation de tous les appareils électriques (pousse seringue, respirateur, scope, CEC). Les modèles de CEC disponibles actuellement possèdent une batterie, dont l'autonomie est limitée entre 30 minutes et 2 heures. Cette autonomie est suffisante pour assurer les différents transferts du patient lit/brancard. Mais les batteries ne doivent en aucun cas être le seul moyen d'alimentation électrique pour un transport routier. Chaque appareil de CEC dispose aussi d'un moteur manuel de secours. Il faut veiller à ce que ce dernier soit facile d'accès et que la place soit suffisante pour effectuer des rotations complètes et aisées avec la manivelle.

Les mobilisations des patients sous CEC entre le lit et le brancard sont des périodes à haut risque de complication. Des complications non spécifiques : apparition ou aggravation d'une instabilité hémodynamique ou respiratoire, extubation, retrait de voie centrale ou cathéter artériel. D'autres spécifiques de la CEC : plicature du circuit entraînant une diminution du débit, débranchement du circuit et décanulation, entraînant une hémorragie massive rapidement létale. En cas de débranchement les canules doivent être clampées immédiatement et reconnecter sans délai. Pour cela 2 clamps doivent être disponibles en permanence, l'idéal étant qu'ils soient suspendus sur le chariot ou la tablette de la CEC. Pour empêcher ces complications le transfert lit > brancard doit être préparé et l'équipe coordonnée. Les points d'insertion des canules doivent être visibles et les canules maintenues solidement sur le membre inférieur. ►

Le perfusionniste se positionne au niveau de la CEC. Il contrôle que la longueur du circuit soit suffisante pour le transfert, vérifie qu'il n'existe pas de risque d'accrochage et installe le moteur de la CEC sur la table pont du brancard ou fait suivre le chariot de CEC en évitant les plicatures et les tractions sur le circuit. C'est le perfusionniste qui dirige et coordonne les différents mouvements. Un médecin se place à la tête et assure la sécurité de l'intubation. L'utilisation d'un roller pour le transfert permet de réduire les à-coups. Le conditionnement du patient dans un matelas coquille peut faciliter les manipulations ultérieures. Dans ce cas le matelas à dépression doit être pré-positionné sur le brancard et ne doit pas gêner la visualisation des points d'insertion des canules. Si possible l'UMH doit disposer d'un plateau mobile et inclinable pour faciliter l'entrée du patient dans la cellule et diminuer au maximum les inclinaisons en proclive pourvoyeuse d'instabilité hémodynamique. Avant le départ pour le transport retour l'équipe doit s'assurer que tout le matériel et les médicaments nécessaires sont dans l'UMH. L'ambulancier doit s'assurer que tout le matériel est bien fixé et qu'il ne bougera pas, même en cas de freinage appuyé.

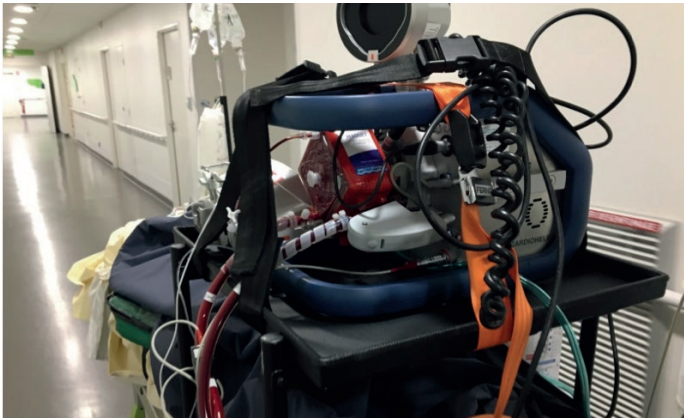
La présence d'ascenseur sur le trajet du transfert doit être prise en compte. Dans de nombreux centres hospitaliers les ascenseurs sont sous dimensionnés pour contenir confortablement une CEC d'assistance et les membres de l'équipe. Prendre contact avec le service demandeur de la pose peut s'avérer utile pour connaître les contraintes physiques imposées par les locaux. Lorsque le service où se situe le patient n'est pas situé au même niveau que le lieu de chargement de l'UMH il est indispensable d'utiliser une table pont pour installer la machine de CEC. Il semble utile de prendre ces renseignements auprès des ambulanciers qui connaissent le site.

Au cours du transport retour la surveillance du patient doit être similaire à celle qui est effectuée dans le service de réanimation. Elle est généralement effectuée par le perfusionniste et le chirurgien ou le réanimateur de l'équipe d'UMAC. En plus de la surveillance classique, il faut rechercher présence d'un saignement ou la constitution d'un hématome au niveau de l'insertion des canules, et des signes d'ischémies du membre inférieur. En cas d'instabilité hémodynamique il faut s'assurer de l'absence de plicature sur le circuit et rechercher rapidement des signes d'hypovolémie qui se traduisent notamment par des mouvements saccadés de la ligne veineuse. Enfin il faut contrôler l'absence de formation de caillot dans l'oxygénateur. À noter que chez le patient n'ayant pas d'activité cardiaque, ou une activité cardiaque très altérée la ligne de pression artérielle du scope sera non pulsatile. Le scope devra donc être configuré pour afficher seulement la pression artérielle moyenne (PAM) et les alarmes réglées en conséquence.

Le transport retour est une urgence relative, il doit être effectué sans perte de temps, mais avec un maximum de sécurité. Les accélérations et décélérations brusques sont à proscrire et les ralentissements doivent être anticipés tout comme l'arrivée sur des ralentisseurs et les virages serrés. Assurer un transport fluide diminue le risque d'instabilité et améliore le confort de l'équipe qui travaille à l'arrière dans un lieu étroit ou les conditions sont plus difficiles qu'en service de réanimation. Enfin pour l'entrée ou la traversée des grandes villes ou en cas de difficultés de circulations sur les voies une demande d'escorte par les motards de la police ou de la gendarmerie semble tout à fait justifier.

CONCLUSION

Les CEC d'assistance mise en place par les UMAC et leur rapatriement vers des centres de référence permettent à des patients d'une gravité extrême de bénéficier d'une thérapie supplémentaire. Pour être efficace il faut une organisation précise entre les différents intervenants, et un investissement de chacun. Dans ce contexte l'ambulancier SMUR a un rôle dans l'organisation de l'UMH, l'installation du patient et dans l'évaluation des différentes difficultés qui peuvent ralentir ou compliquer le transport. Son anticipation et son expertise des différents problèmes liés au transport, sa connaissance du matériel et de l'installation du patient peut faire gagner de précieuses minutes et du confort à l'équipe. ■



Dr Vivien BERTHOUD



COLLECTION
White & Blue
CHARIOTS DE TRANSPORT
MONOBLOC X400



Modèle présenté X430CF avec options

RTS CHAPUIS FABRICANT FRANÇAIS
vous propose son savoir-faire local,
sa réactivité grâce à la proximité des hommes
et des produits, sa capacité à fabriquer des matériels
agréés aux normes européennes et labélisés
"Origine France Garantie".

UNE DÉMARCHÉ RESPONSABLE !



Z.A. Le Bois Rond - 2, rue des Frères Lumière - 69720 Saint-Bonnet de Mure - France
Tél : 33 (0)4.72.48.81.82 - info@rtschapuis.com - www.rtschapuis.fr



ORIGINE
FRANCE
GARANTIE



ORION

Renault Master et Opel Movano

Retrouvez-nous
aux J.E.F
du 16 au 18 mai 2018
à BEAUNE



Nombreux rangements

- Plusieurs aménagements disponibles selon vos souhaits



Cellule spacieuse et lumineuse

- Pavillon avec éclairage LED et rangements éclairés
- Ouverture sur côté droit et côté gauche du véhicule



Véhicule connecté

- Localisation de flotte
- Dématérialisation des documents
- Connexion temps réel avec les hôpitaux
- Inventaire du matériel et des stocks à bord
- Checklist dématérialisée
- Alerte sur le matériel manquant



MERCURA

Standby Group



FABRIQUÉ EN FRANCE
MADE IN FRANCE

FABRICANT FRANÇAIS D'ÉQUIPEMENTS LUMINEUX ET SONORES POUR VÉHICULES D'INTERVENTION



www.mercura.fr

UNE VISIBILITÉ PERMANENTE ET UNE PERCEPTION ACCRUE POUR UNE SÉCURITÉ MAXIMALE.

INTRODUCTION

Dans le cadre du renouvellement total du parc des véhicules du SMUR, un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé avec pour mission de déterminer les modifications à apporter à nos U.M.H. en matière d'aménagement et d'équipement.

Nous avons particulièrement travaillé sur l'évolution de la signalétique pour passer d'une signalétique passive et active conventionnelle à une signalétique permettant à nos véhicules d'assurer nos missions en toute sécurité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

- État des lieux.
- Étude de la réglementation.
- Prospection auprès de différents SAMU Français et Européens, et des fabricants de matériel de signalétique.

DISCUSSION

Notre travail a permis de mettre en évidence plusieurs points. L'ajout de bandes jaunes unies ou hachurées sur la carrosserie des véhicules apporte un supplément de visibilité diurne flagrant.

La signalétique réfléchissante (lettrage et silhouettage) semble indispensable à une visibilité complémentaire et une identification nocturne optimale.

Le choix de rampes à éclairage par LED s'est imposé, celles-ci présentant de très nombreux avantages.

Le positionnement habituel des feux de pénétration sur la calandre paraissait perfectible, en particulier pour la rétrovision des usagers. Nous avons donc étudié d'autres possibilités présentes sur le marché. Les feux placés assez haut au dessus de la calandre ainsi que près des rétroviseurs nous ont semblé être les plus efficaces, notamment à l'approche de véhicules ne bénéficiant pas d'une rétrovision centrale (utilitaires, poids-lourds, camping-cars, motos...)

CONCLUSION

Nos véhicules sont devenus repérables et identifiables quelles que soient les conditions de circulation et d'utilisation. Toutefois, quelques améliorations sont encore envisagées pour les futures acquisitions. En effet, nous sommes parfois encore confrontés à des situations où malgré l'utilisation des avertisseurs spéciaux sonores et lumineux, les déplacements dans le trafic restent délicats, car certains usagers ne nous perçoivent pas. ■



PILOTAGE DU SAMU PAR LES MOTARDS DE LA POLICE NATIONALE



DOMAINE RÉGLEMENTAIRE

Distinguo entre VIGP et VIGBFP

Législation concernant les différents matériels sonores et lumineux ainsi que la signalétique sérigraphiée.

Notion de « véhicule prioritaire » au vu du code de la route et conduite en mission d'urgence sans pilotage.

DOMAINE OPÉRATIONNEL

Présentation des différents accompagnements de véhicules.

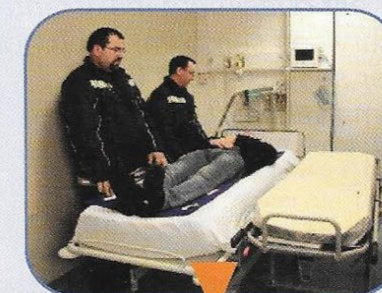
Plusieurs appellations selon le type de mission (utilisation des termes adéquats afin de bien définir la conduite à tenir) :

- Le guidage (convoi exceptionnel)
- Le pilotage (ambulance, voiture de personnalité)
- L'escorte (d'honneur avec cortège, détenus, œuvres d'art, fonds...).

À chaque mission d'accompagnement son particularisme :

- Guidage et escorte : présentation succincte
- Pilotage : présentation plus détaillée concernant les ambulances. ■

Trans-Easy SOUPLE - TRANSFERT



Arrivée du patient à la clinique, hôpital etc...
Le transfert est amagnétique et radio-transparent (radiologie, scanner, IRM)



Récupération facile du transfert par simple traction

FABRIQUÉ EN FRANCE



La petite garenne
42290 Conquereuil
Tél. 02 40 87 30 59 - Fax 09 57 56 12 19
gemar.sarl@laposte.net / www.gemar.fr

VIDÉO DE DÉMONSTRATION VISIBLE SUR NOTRE SITE

1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU GARAGE MÉCANIQUE

• ACTIVITÉ :

Toutes réparations et maintenance du parc roulant du CHU de Dijon Bourgogne
(Véhicules, brancards, armoires... etc.)

• ORGANIGRAMME :



Direction des Affaires Économiques & Logistiques

Guillaume KOCH - **Directeur** - Tél. 03 80 29 33 80 - guillaume.koch@chu-dijon.fr

Clément DENTRAYGUES - **Responsable des services logistiques** - Tél. 93.184 - clement.dentraygues@chu-dijon.fr

Effectif du garage mécanique :

1 Responsable
1 Adjoint
2 Mécaniciens
1 Coursier

Nombre de véhicules entretenus
par le garage mécanique du CHU :

117 véhicules (VL/PL) dont 12 véhicules SMUR

Responsable logistique, administrative et gestion de parc véhicules

Mme Lydie BRELOT
Tél. 93.848
lydie.brelot@chu-dijon.fr

Atelier mécanique

M. Frédéric OUDOT
Tél. 93.208
frederic.oudot@chu-dijon.fr

2 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU SMUR DE DIJON

• ACTIVITÉ 2017 : 5498 INTERVENTIONS

- 3848 Primaires
- 1122 Secondaires
- 184 Intra-hospitalières
- 344 Transferts Pédiatriques

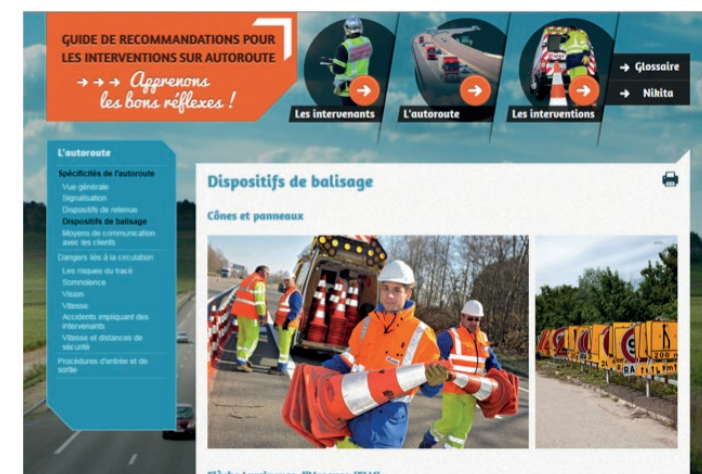
• VÉHICULES TERRESTRES

- **6 Ambulances de Réanimation**
dont 1 Pédiatrique et 1 Bariatrique/VPC
- **5 Véhicules Légers Médicalisés**
dont 1 Pédiatrique
- **1 Véhicule de Formation**

TOTAL DES KILOMÈTRES PARCOURUS EN 2017 :
244 106 KMS

3 - LIEN SMUR ET ATELIER MÉCANIQUE

- **Disponibilité et réactivité – Relation étroite, atelier mécanique/ambulanciers SMUR :**
Maintenance (une révision complète des véhicules SMUR tous les 10 000 kms)
Gestion des urgences (pannes quotidiennes, sinistres et autres...)
- **Coût financier des véhicules du SMUR en 2017 (entretien et maintenance) :**
557 heures de main-d'œuvre = 19 495 € TTC (35 € TTC de l'heure)
Pièces détachées = 10 540 € TTC
Soit un montant global pièces et main-d'œuvre de 30 035 € TTC
- **Comparaison financière entre l'atelier mécanique du CHU et une concession extérieure :**
Détail d'une facture pour une réparation identique
- **Étude sur le remplacement des véhicules :**
Étude du choix des fournisseurs (sourcing)
Groupe de travail piloté par le responsable atelier mécanique/responsable ambulanciers
Rédaction du Cahier des Charges des clauses Techniques et Particulières (CCTP)
GHT (remplacement des véhicules et entretien mécanique)
- **Seconde vie d'un véhicule SMUR :**
VPC, Bariatrique, Formation, etc...



APRR - QUI SOMMES-NOUS ?

L'ACCIDENTOLOGIE SUR NOTRE RÉSEAU.

- Nos clients
- Nos collaborateurs
- Nos partenaires

LES RISQUES IDENTIFIÉS.

- Lors d'un déplacement
- Lors d'une intervention sur une autoroute

LES RECOMMANDATIONS POUR TOUTES INTERVENTIONS SUR NOTRE RÉSEAU.

- Enquêtes sur les pratiques au sein des services des SMUR de la Zone de Défense Est.
- Comment se préparer à intervenir en sécurité ?
 - > La démarche « Bleu Jaune Rouge » – Outil à l'attention de tous les intervenants sur domaine autoroutier.
 - > L'infrastructure autoroutière et son glossaire.
- Connaître les objectifs de chacun et communiquer.
- La notion de balisage – Assurer la sécurité des intervenants et des clients.
- Conduite à tenir en cas de premier intervenant.
 - > L'accompagnement des partenaires au quotidien. ■

Centaure

Vivre le risque pour mieux l'éviter

Formation aux risques routiers

Entreprises, collectivités, particuliers
Formation à l'éco-conduite
Stages de récupération de points

Route de Saint Philibert – 21220 GEVREY-CHAMBERTIN
Tél : 03.80.34.17.77 www.centaure.com

Centaure est le leader de la formation à la sécurité routière
Une démarche qualité NF – Service formation continue hors alternance



Agencements sur-mesure sur fourgon, plancher-cabine ou châssis-cabine



Ducato, Boxer, Jumper, Master, Movano, Sprinter ALKO 4,2T, Sprinter 5T



Toutes nos ambulances sont normées EN 1789 par **crash test**. Nos cellules carrées ont, en plus, une deuxième certification allemande à la norme DIN 13500 garantissant la possibilité d'ouvrir une porte pour évacuer les occupants après retournement (crash test de retournement).



Exercer le métier de conducteur ambulancier, c'est avoir conscience que l'on exerce une profession de santé et que l'on est habilité à conduire un véhicule spécialement adapté pour accompagner et transporter le patient vers un lieu prescrit par un médecin.

Le conducteur ambulancier est entièrement au service du patient et l'aide dans ses déplacements à se rendre jusqu'au véhicule. Il veille à l'état de santé du malade ou du blessé et s'assure qu'il ne risque rien durant le trajet même s'il est contraint, parfois, à conduire vite, ce qui n'est pas sans risque ! La réglementation qui régit la profession est complexe, les obligations nombreuses : envers les patients, envers les collègues, envers les professionnels de soins, envers l'employeur, envers les autres automobilistes !

Les responsabilités encourues par l'ambulancier sont également plurielles : administrative ou civile, pénale, disciplinaire. Le métier d'ambulancier ne connaît pas la routine, il nécessite sang-froid, rigueur et excellent relationnel.

Au travers d'exemples puisés de la « vraie-vie », nous réfléchissons aux impacts juridiques pour l'ambulancier :

► Odette, 95 ans, quitte l'établissement de long séjour où elle est prise en charge pour subir un examen médical dans un établissement de santé. Ses déplacements sont fragiles, Odette se déplace en déambulateur. Guillaume, ambulancier, est chargé du transport de la résidente jusqu'à la

salle d'examen. Mais voilà, Odette chute sur la passerelle donnant accès à l'endroit où est stationnée l'ambulance. Qui est responsable, quelles précautions aurait-il fallu prendre ? ...

► Mai 2017, Cyril, ambulancier, circule sur la route du Creusot, en pleine ligne droite. Il va vite, le médecin régulateur lui a demandé de transporter la patiente aux urgences adultes au plus vite. Elle est en détresse respiratoire.

17 h 15, c'est le choc. L'ambulance percute un tracteur, attelé d'une remorque à foin, qui vient de tourner à gauche pour s'engager dans un champ. Le conducteur du tracteur est très grièvement blessé, inconscient.

Le constat de police retient une vitesse excessive de l'ambulancier. La situation médicale suffit-elle à justifier les circonstances de l'accident ?

► Antoine est ambulancier depuis 2 ans. Il intervient au domicile d'Emile, 62 ans, sur demande du Centre 15, le voisinage a été alerté par des cris. Emile est fortement alcoolisé, il est blessé, sans doute est-il tombé dans la bagarre qui vient de se dérouler avec son fils. Il a besoin de soins et pourtant Emile refuse de monter dans l'ambulance. Quid du refus de soins, comment respecter le patient, comment protéger l'ambulancier en telles circonstances ? ■

DANS L'URGENCE ON A BESOIN DU MEILLEUR

SPÉCIALISTE DU PREMIER SECOURS

CONTACTEZ - NOUS !

CONTACT
 TEL +33 (0)2 35 300 185
 FAX +33 (0)2 35 300 186
 corben@corben.fr
 corben.fr

La réanimation cardiopulmonaire de base est la combinaison de manœuvres et de techniques qui permettent de reconnaître une personne en arrêt cardiaque et/ou respiratoire et d'optimiser la prise en charge de l'enfant en les débutant le plus précocement possible. Quelques particularités pédiatriques sont importantes à connaître pour adapter ses manœuvres en fonction de l'âge du patient. On distinguera donc le nouveau-né, le « nourrisson » de 1 mois à 1 an et l'« enfant » de 1 an jusqu'à la puberté. Au-delà de la puberté, la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire sera la même que pour l'adulte.

La séquence de réanimation de base repose sur deux faits principaux : la plupart des arrêts cardiaques pédiatriques sont d'origine hypoxique et la restauration rapide d'une oxygénation adéquate est ce qu'il y a de plus urgent. D'autre part, l'arythmie cardiaque la plus fréquente dans les arrêts cardiaques de l'enfant est la bradycardie qui conduit à l'asystolie. Dès lors, une réanimation de base efficace est plus importante qu'une défibrillation précoce.

En fonction de l'âge de l'enfant, les sauveteurs devront adapter la position de la tête pour libérer les voies aériennes supérieures, la technique en cas de bouche à bouche, la position des mains pour le massage cardiaque, la localisation de la recherche du pouls pour évaluer la

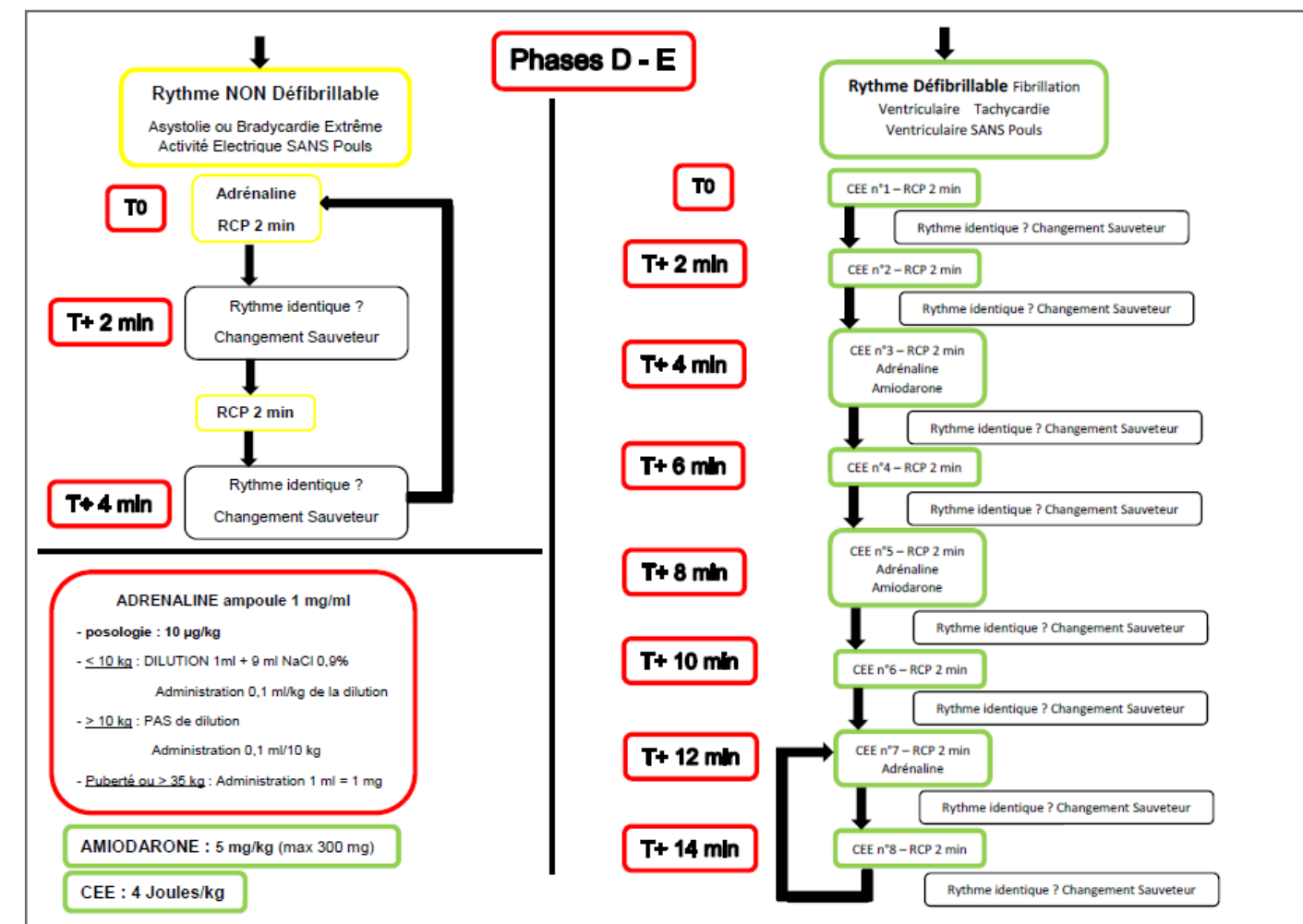
circulation de l'enfant, ainsi que le rapport compression/ventilation sur masque qui varie en fonction de l'âge : chez un nouveau-né à 3:1, le nourrisson et l'enfant à 15:2 et chez l'enfant pubère comme chez l'adulte à 30:2. Dès que le patient est intubé, les compressions thoraciques et la ventilation pourront s'effectuer de façon concomitante sauf chez le nouveau-né.

L'algorithme de réanimation est le même que chez l'adulte dans la démarche globale (cf. algorithme) mais en tenant compte des particularités techniques. Les délais sont les mêmes également entre les différentes étapes notamment pour les injections de médicaments (adrénaline) mais il faut bien penser à adapter les posologies.

La prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant de façon générale est la même que chez l'adulte, en adaptant sa prise en charge au gabarit de l'enfant. Il ne faut pas en avoir « plus peur » car le patient est plus « petit ».

Docteur LITZLER-RENAULT Stéphanie

PH Réanimation Pédiatrique CHU de Dijon Bourgogne
stephanie.litzler-renault@chu-dijon.fr



ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE DE L'ENFANT



Source : ERC 2015

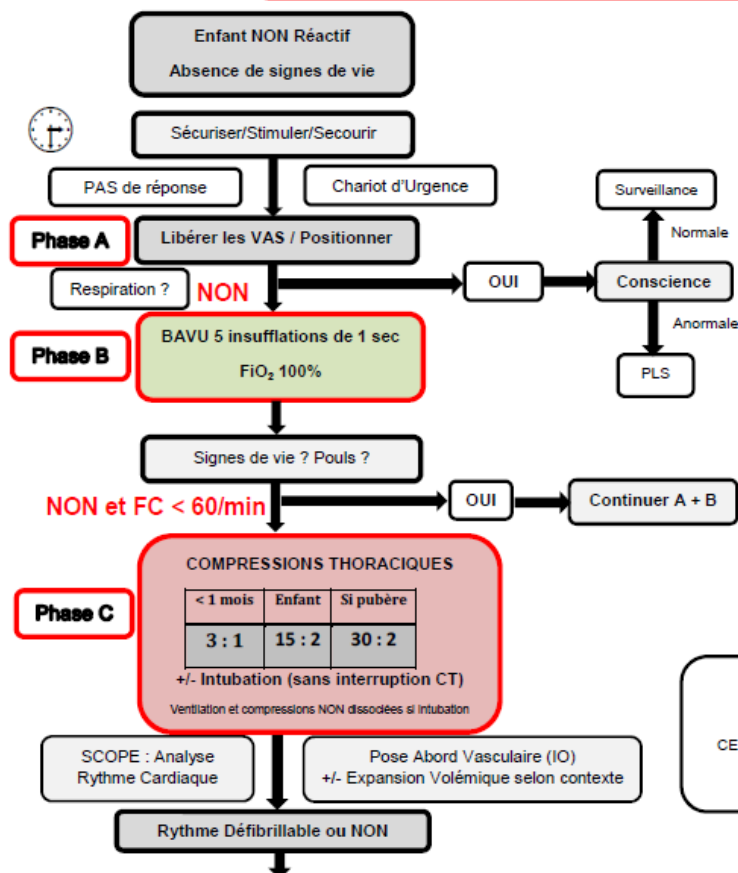
Réanimation Pédiatrique CHU Dijon
Dr LITZLER-RENAULT / Dr TERNOY
D. DUJARDIN (Formatrice)

Causes Réversibles ACR

4 H	4 T
Hypoxie	Tension pneumothorax
Hypovolémie	Tamponnade
Hypo/Hyperkaliémie	Thromboembolique
Hypothermie	Toxique

ABREVIATIONS

RCP = Réanimation Cardio-Pulmonaire / ACR = Arrêt Cardio-Respiratoire
CEE = Choc Electrique Externe / BAVU = Ballon Auto gonflable à Valves Unidirectionnelles
PLS = Position Latérale de Sécurité / CT = Compressions Thoraciques



Médic'alp se tient à votre disposition
pour tout vos besoins
en matériel médical et de secours

MEDIC'ALP

+33(0)4.50.07.81.98
info@medicalp.fr
www.medicalp.fr



DIMATEX
Entreprise française

Le terrain commande

DIMATEX

www.dimatexsecurite.fr
+33(0)4 74 01 94 94



L'enseignement par simulation est une opportunité pour former les soignants et ainsi améliorer la qualité de prise en charge et la sécurité des soins. La simulation en santé a pour objectifs de reproduire des situations et environnements de soin, d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe des soignants selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Il se développe actuellement, en complément de la simulation haute fidélité sur mannequin, des scénarii de « serious game » par microsimulation via l'outil informatique.

La simulation médicale numérique est un véritable outil pédagogique innovant, maillon complémentaire dans la formation des professionnels de santé, guidé par le principe « Jamais la première fois sur un patient » et répondant aux objectifs de la HAS. Ce type de simulation permet à la fois le développement d'expériences et aussi l'entraînement des professionnels de santé. Il apporte une immersion et une interactivité avec une répétitivité possible, intéressante dans des situations de crise graves et/ou rares.

Les simulateurs médicaux numériques sont des logiciels à visée pédagogique, utilisant des technologies d'ingénierie 3D et pouvant être couplé à la réalité virtuelle ou augmentée. Ils permettent de dérouler toutes les étapes d'une prise en charge clinique et thérapeutique et finir par un débriefing du cas.



La société Medusims® (www.medusims.com), experte dans le domaine a développé plusieurs programmes autour de la prise en charge des urgences traumatologiques graves.

Le programme 3D-SC1®, réalisé en partenariat avec le Service Santé des Armées a permis de réaliser les gestes de premiers secours sur théâtre d'opération.



HemoSims Trauma®, développé avec le soutien institutionnel de LFB est un simulateur virtuel de prise en charge d'un patient polytraumatisé avec gestion d'un choc hémorragique dans les suites d'un accident de la route tout d'abord en pré-hospitalier puis en déchocage. Il permet un travail en équipe de prise en charge du patient traumatisé grave.

Nous vous présenterons le simulateur médical numérique TraumaSims Damage Control®. Ce programme développé par Medusims® en partenariat avec un comité scientifique expert en médecine de catastrophe a pour objectif de permettre aux secours de se préparer à des interventions impliquant un afflux massif de victimes. Les équipes doivent pouvoir s'entraîner à repérer et trier les victimes les plus graves et réaliser des gestes salvateurs pour les victimes avec un pronostic vital engagé. Une session de simulation sera réalisée pendant le congrès. ■

Dr Sébastien Mirek,

Praticien Hospitalier Anesthésie-Réanimation, formateur U-SEEM, Centre Hospitalier Universitaire Dijon.
Contact : mireksebastien@gmail.com



TRAUMASIMS
DAMAGE CONTROL

Lanéry
by Gruau



Equipement de véhicule S.M.U.R

VML, VLI, PCM, PMA, VEHICULE LOGISTIQUE ...

Balises, signalétique, électricité 12V et 220V aménagement intérieur...

Référencé "UGAP" via les constructeurs automobiles

Nouveau service : location de VLM toute équipée, à la semaine ou au mois

Votre interlocuteur : Nicolas DELHOMME

Tel.: 04.78.72.44.88 ou 06.16.81.65.85 Email : nicolas.delhomme.lanery@gruau.com

2 Rue Antonin Dumas 69200 VENISSIEUX (LYON)



Spécialiste de l'aménagement sur mesure de véhicules utilitaires, la société SPAC, basée à LESQUIN (59), réalise sur base Mercedes-Benz CLASSE X, tous types d'équipements intérieurs et extérieurs tels que :

protection châssis / benne – équipement spécifique - changement de teinte – couverture de benne – hard top – plateau de chargement - signalisation - balisage - personnalisation - treuil - portage - suspensions renforcées - etc.

Retrouvez nos réalisations sur notre site

www.spac-vul.fr

MERCEDES - BENZ Classe X CELLULE ATELIER

- X 220 d - X 220 d 4MATIC - X 250 d - X 250 d 4MATIC
- Double cabine 5 places.

IDENTITE VISUELLE

- Total COVERING RAL 1016 (jaune réglementé).
- MARQUAGE complet rétro réfléchissant alterné ROUGE/JAUNE Avant, arrière et latéraux. Silhouettage de contour segmenté, rétro réfléchissant prismatique. Décor spécifique SAMU – SMUR.

SIGNALISATION SONORE ET LUMINEUSE

- RAMPE DE SIGNALISATION homologuée extra plate avec HP intégré.
- BOITIER DE COMMANDE centralisé permettant de piloter toutes les commandes de signalisation sonore et visuelle.
- 2 FEUX DE PENETRATION bleu intégré à la calandre avant. Fonctionnement asservi au frein à main.
- 2 FEUX DE BALISAGE arrière orange avec interrupteur de commande.
- Système de protection véhicule KEY OUT moteur tournant.

RADIO ANTARES

- Pré-équipement RADIO ANTARES avec support poste + Control Head, antenne avec coaxial et faisceau complet, Haut-parleur.

ELECTRICITE EMBARQUEE

- PRISE DE RACCORDEMENT secteur auto-éjectable avec Rallonge.
- CONVERTISSEUR 1000w.
- COMMANDE DEPORTEE du convertisseur.
- COUPLEUR SEPARATEUR 30A pour véhicule E6.
- BATTERIE AUXILIAIRE 150Ah.
- Autonomie d'utilisation moteur à l'arrêt = 40 minutes.
- CHARGEUR DE BATTERIE AUXILIAIRE 12V 30A.
- TABLEAU DE DISTRIBUTION 230V avec ses disjoncteurs.
- VOLTMETRE de contrôle tension batterie auxiliaire.
- 1 PRISE 12v type allume cigare.
- 8 PRISES 230V.

CONFORT INTERIEUR

- HOUSSES DE PROTECTION des sièges avant et arrière en SIMILI.
- JEU DE TAPIS CAOUTCHOUC.
- LAMPE DE LECTURE pour le chef de bord.

COUVERTURE DE BENNE

- HARD TOP avec fermeture centralisée.

PLATEAU MEDICAL

- Aménagement arrière sur PLATEAU SORTANT total. Charge utile 1 tonne.

SPAC

638 rue de Gamand - CRT 1– 59810 LESQUIN

Tél : 03.20.85.25.85

Fax : 03.20.85.97.96

mail : contact@spac-vul.fr

www.spac-vul.fr

n° de SIRET : 482 738 309 00038



LE BINÔME DEA SMUR ET IOA au sein des HCB

Maud Lagarde et Christophe Pequegnot

AFASH

COMPÉTENCES DEA SMUR

- Apprécier l'état clinique d'un patient (A.B.C.D.E.)
- Assurer les gestes de premiers secours adaptés à l'âge du patient
- Sait faire preuve de discernement dans la transmission des informations reçues et doit en rendre compte
- Établir une communication adaptée à la personne et à son entourage
- Utilisation des techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

ACCÈS À LA FORMATION

- Damage control (Safe Marche RYAN)
- PHTLS avec A.B.C.D.E.

MISSIONS GÉNÉRALES IOA

- Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants
- Améliorer la qualité de prise en charge des patients et accompagnants des l'accueil
action menée en lien constant avec le MCO
- Superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux
- Définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés
- Décider du lieu de soins adapté

EXIGENCES LIÉES À LA FONCTION IOA

- Être titulaire du Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Détenir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence (idéalement 1 an, au minimum 6 mois)
- Avoir suivi une formation spécifique
- Polyvalence
- S'organiser avec les autres professionnels de l'établissement

QUALITÉS REQUISES IOA

- Posséder de solides qualités relationnelles
- Posséder des connaissances professionnelles solides (UA/UR)
- Posséder de bonnes connaissances des mécanismes administratifs
- Avoir le sens de l'organisation
- Avoir un esprit de synthèse
- Savoir classer les priorités
- Avoir une attitude assertive et empathique
- Posséder la réactivité nécessaire à l'observation de la charge de travail aux urgences
- Savoir évaluer et tenir compte de la charge de travail de l'équipe, des impondérables
- Présenter une tenue et un langage discret et respectueux
- Adaptabilité au contexte socio culturel du patient
- Esprit de tolérance
- Dynamique et directif

DÉFINITION DE L'ACTIVITÉ DE TRIAGE

Processus qui « identifie et classifie en fonction de leur priorité les besoins en soins des patients et détermine la meilleure façon d'y répondre »

- Analyser rapidement le motif de recours
- Évaluation les besoins en soins et leur priorisation
- Faciliter la gestion des flux
- Optimiser les délais d'attente

LIMITES DU TRIAGE

- Ne pas se substituer au médecin
- Ne pas porter de diagnostic
- Ne pas orienter sans l'avis du MCO

=

SOLLICITER LE MCO

COLLABORATION MÉDICO-PARAMÉDICALE

Le processus de tri est considéré comme une évolution importante dans le domaine des Soins Infirmiers.

L'IDE doit faire preuve d'une sensibilité clinique et doit être capable de pendre rapidement des décisions précises et adaptées, au bénéfice des patients qui se présentent aux urgences.

Elle doit disposer d'outils performants qui assurent la sécurité et la fiabilité de son poste de travail.

Ainsi, elle est en mesure de s'adapter à des situations changeantes et de prendre des décisions lui permettant d'assurer la gestion du service.

PRINCIPE DU TRIAGE BINÔME IOA ET DEA

Évaluation visuelle portant sur l'apparence générale et comportementale

- Évaluation physique primaire (A.B.C.D.E)
- Motif de recours (interrogatoire)

permettant de prioriser les patients

NOTRE VISION DU BINÔME

- Complémentarité et synergie
- L'ambulancier SMUR est un maillon essentiel dans l'admission du patient sous le SAS :
 - Il admet le patient sous couvert de l'IOA qui doit être tenu au courant dès que possible de son arrivée, si celle-ci n'est pas à ses côtés
 - Il apprécie l'état clinique d'une personne qui lui permettent de dire à l'IOA de venir immédiatement voir le patient
 - Il est capable de faire un interrogatoire semi directif quand il admet le patient

- > Le quoi ? Motif de recours
- > Le quand ? Date et heure de début du symptôme
- > Le comment ? Mode de début et évolution, circonstances de survenue
- > Le combien ? Intensité du symptôme
- > Le qui ? Épisodes similaires ATCD

• L'ambulancier SMUR étant pertinent dans les techniques préventives de manutention et des règles de sécurité, aidera l'IOA à l'installation et à la mobilisation de manière adaptée, des personnes accueillies

• Ses aptitudes en SMUR, aux gestes d'urgence, lui permettent de prendre les paramètres vitaux des patients à la demande de l'IOA

OBJECTIFS COMMUNS

- Prise en charge OPTIMALE du patient
- Améliorer la qualité de l'accueil et assurer la continuité des soins entre l'accueil et les secteurs de soins
- Participer à la mise en place d'un processus de tri permettant d'humaniser l'accueil, d'évaluer et déterminer les besoins de santé des patients, de les classer par degré d'urgence, afin de contribuer à leur orientation vers les secteurs de soins appropriés sous couvert du MCO. ■



Le contenu de la formation est organisé en fonction du plan d'études cadre du Secrétariat d'Etat à la Formation, à la Recherche et l'Innovation. Il vise l'acquisition de compétences décrites dans un référentiel constitué de cinq processus de travail.

La formation est divisée en six semestres. Les objectifs de formation sont déclinés en objectifs semestriels. Les contenus suivent la complexification croissante des activités en cours de formation, ils recouvrent :

- les techniques d'intervention et soins préhospitaliers de base
- la relation socioprofessionnelle avec les bénéficiaires et leur entourage
- les soins préhospitaliers en situation complexe
- les interventions en situation exceptionnelle et de catastrophe
- les connaissances de la personne humaine, son fonctionnement et ses déséquilibres

La formation comprend 5400 heures réparties sur trois ans, elle s'effectue à plein temps. Elle s'articule entre activités de formation en école de toutes natures. L'approche expérientielle et réflexive est privilégiée.



CHAMP PROFESSIONNEL ET CONTEXTE

L'ambulancier diplômé ES assure de manière autonome ou en coopération avec le médecin d'urgence et/ou avec d'autres professionnels autorisés les soins préhospitaliers et la prise en charge de patients de tout âge, placé en situation de détresse, de crise ou de risque. Il tient compte de la situation spécifique du patient ainsi que du contexte social où il se trouve. Ses interventions se caractérisent par des changements rapides de la situation du patient et par une faible prévisibilité et possibilité de planification et requièrent une capacité d'action rapide individuelle. Il prodigue les soins et prend les mesures thérapeutiques, médicales et préventives nécessaires en présence d'une maladie aiguë, d'une blessure ou de la détérioration d'une situation chronique.

Il s'appuie sur des algorithmes et travaille de manière autonome, dans le cadre des compétences qui lui sont confiées. L'ambulancier diplômé ES assure la conduite de l'intervention.

Il intervient dans le cadre de la chaîne du sauvetage dans le domaine des premiers secours, du transport et des interfaces des différents maillons de la chaîne du sauvetage, afin de garantir la continuité des soins préhospitaliers.

Il agit de manière autonome dans l'application des techniques de sauvetage. Il agit de manière autonome dans le cadre des compétences qui lui sont confiées afin d'assurer la prise en charge et les soins préhospitaliers.

Il maîtrise la conduite du véhicule de sauvetage. Il assure le bon fonctionnement de l'infrastructure, des moyens techniques et de la logistique d'un service de sauvetage. Il assure la prévention de risques pour la santé, contribue à l'assurance qualité et au développement de la profession. ■

B. Puveland

Selon le plan d'études cadre ambulancier



ES ASUR, Association
En Budron 8C • 1052 Le Mont-sur-Lausanne

Tél. +41 21 614 00 60
Fax +41 21 617 41 60

info@es-asur.ch
www.es-asur.ch

Traumatologie balistique usuelle en France : blessures par armes de chasse et plaies par armes de petit calibre (auto-infligées souvent).

2015... Attentats de Paris : utilisation d'armes de guerre dans des tueries massives (déjà présente au cours de règlements de compte). Bataclan, "létalité horaire" proche de celle de la première guerre mondiale...



► Arme la plus fréquemment rencontrée : AK-47

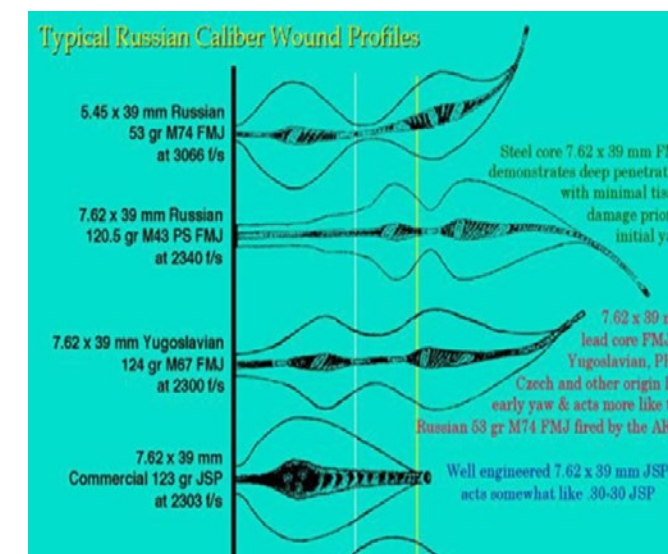
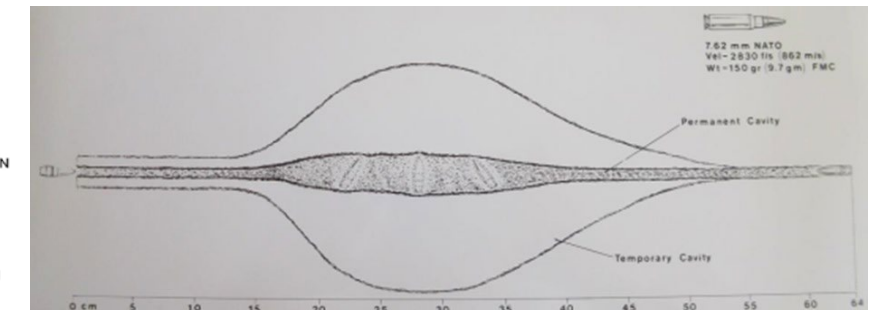
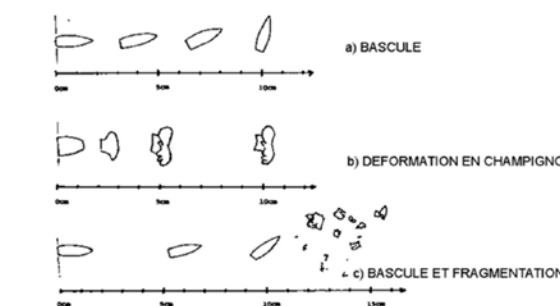
Depuis 1947, 70 à 110 millions produits !

Portée maximale 1500 m, portée utile ("efficace") 200m, cadence de tir 600 coups/min, chargeur 30 cartouches.

Se protéger au-delà de 20 m... Bloc moteur, certains murs porteurs, protection balistique de classe IV (gilets lourds avec plaques de renfort).

► Mikhail Kalachnikov (1919-2013)

► Effets des munitions : Bascule, fragmentation, champignonnage, effets combinés.



► Trajectoire : formation d'une **cavité dite définitive** qui correspond à la "cicatrice" laissée par le projectile mais le transfert d'énergie entraîne un effet de cavitation et la formation d'une **cavité temporaire** qui génère des lésions à distance de la trajectoire du projectile.

Effets sur les tissus humains fonction de la nature de ces derniers...

► Lésions internes sans aucun rapport avec l'orifice d'entrée ni l'éventuel orifice de sortie, possibilité de lésion sous protection balistique... ■

Dr Pierre GUILLEMET

Anesthésiste-Réanimateur CHU Dijon
Bloc d'urgence
Réanimation traumatologique
et SAMU 21

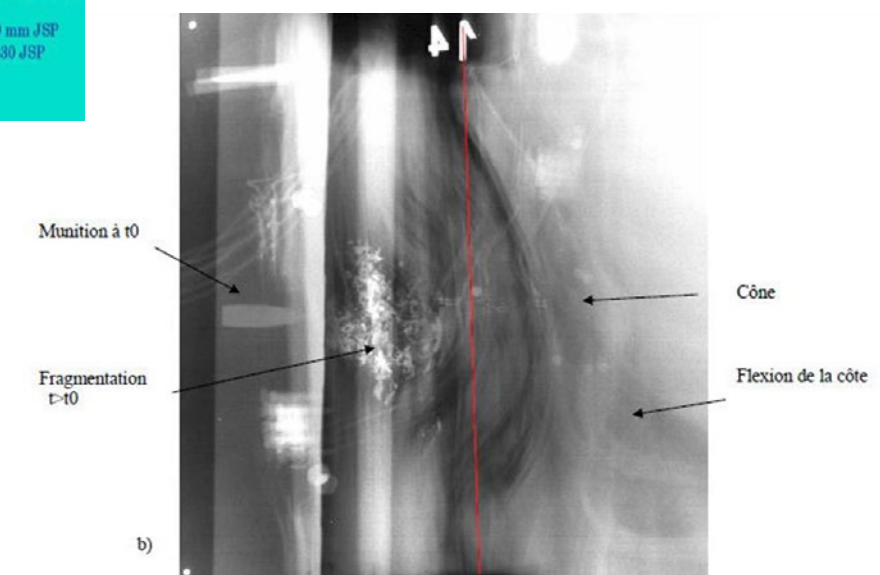


Figure 4.11 a& b: Flash Xrays



2 niveaux de formation avec des exercices sur-mesure liés à votre métier :

- conduite rapide et préventive
- conduite de nuit
- simulation d'intervention d'urgence avec trafic routier

2/3 de pratique

Véhicules équipés de rampes à led

Référencé auprès de 185 Centres Hospitaliers

Automobile Club de l'Ouest

Contact : Philippe JOUSSE > 02 43 40 25 62 et 06 84 02 46 10
p.jousse@lemans.org

adhesia

L'innovation par la spécialisation

DIVISION MÉDICALE

ADHESIA.COM

Cerne les enjeux de soins, de
sécurité hospitalière et patient
dans les établissements de santé

CONSOMMABLES D'AIDE AUX SOINS



DISPOSITIFS DE DIAGNOSTIC
WELCH ALLYN



ORTHÈSES



MAINTIEN AU FAUTEUIL



MAINTIEN AU LIT



T +33 (0)3 89 06 14 44 - F +33 (0)3 89 06 41 99 - info@adhesia.com
Siège 26 rue de la Montée - 68720 Flaxlanden
Showroom & Marketing 16 avenue des Louvresses - 92230 Gennevilliers

ADHESIA.COM

The Surgical
Company



Ancien assistant de vol SMUH et passionné par le secours, Thomas CLÉMENT collectionne et réalise des véhicules miniatures aux couleurs des SMUR depuis plusieurs années.

Chaque modèle fait l'objet de recherches pour obtenir le maximum de photos dans le but de pouvoir le réaliser le plus fidèlement possible. Débutent alors plusieurs heures de travail où chaque miniature est démontée, décapée et repeinte. L'intégralité des marquages et logos sont réalisés sur mesure pour coller au modèle original. Reste ensuite à poser les différents accessoires (antennes, rampes, aérateurs, etc...).

Actuellement sa collection est composée d'une cinquantaine de modèles. ■



Retrouver Thomas sur sa page Facebook : Minia SMUR.

Assistant(e) de Régulation Médicale :

Vers une autre reconversion pour les ambulancier(e)s de S.M.U.R et hospitaliers.

AFASH

En 2015, près de 7 millions de personnes ont changé de métier. Un actif occupé sur quatre a connu une transition professionnelle¹. Alors que le monde du travail est en pleine mutation, les agents du service public hospitalier ne sont pas épargnés : nouvelles logiques économiques, avancées technologiques, redéfinition des limites territoriales, pratiques managériales novatrices.

Au-delà d'une inaptitude médicale à tenir son emploi ou d'une volonté individuelle de mutation professionnelle, occuper le même poste durant toute sa carrière et dans la même institution tend à s'effacer voire même à ne plus être aussi souhaité qu'autrefois.

Polyvalence, efficacité, adaptabilité et flexibilité représentent les objectifs de demain. Les ambulancier(e)s de S.M.U.R² et hospitaliers vivent au quotidien ces exigences sur fond de nouvelles répartitions budgétaires : relocalisations d'antennes S.M.U.R., mutualisation avec les services d'urgences, nouvelles gouvernances hospitalières.

Dans ce contexte socio-économique, se pose alors tôt ou tard la question d'une reconversion professionnelle. Pour celles et ceux qui souhaitent poursuivre leur implication dans le domaine de la santé, la première filière explorée est bien souvent celle du soin à travers les métiers d'aide-soignant(e) ou d'infirmier(e). Cependant une autre voie, moins populaire, peut être envisagée : le métier d'Assistant(e) de Régulation Médicale.

Agent administratif de catégorie B, l'A.R.M.³ appartient au corps des Assistants Médico-Administratifs⁴. Il est en première ligne pour accueillir les demandes de soin adressées au S.A.M.U.-Centre 155. Au cœur du système, ses missions sont multiples et de plus en plus complexes⁶. Sa fonction première est d'accueillir, localiser et orienter les appels téléphoniques dans un contexte d'urgence et de détresse. Il priorise ensuite l'orientation de l'appel vers le médecin régulateur du C.R.R.A. 157 dans le cadre d'un travail en binôme et en fonction du degré d'urgence évalué. Enfin, il gère les flux et moyens définis par le médecin régulateur en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient.

Dans le cadre de Situations Sanitaires Exceptionnelles, l'A.R.M. peut intervenir directement sur le terrain (au Poste Médical Avancé, au Véhicule Poste de Commandement du S.A.M.U.⁸ et au Poste de Commandement Opérationnel) ou bien dans les centres de décisions tactiques et stratégiques (en salle de crise du S.A.M.U. et au Centre Opérationnel Départemental). Il peut également être mis à contribution lors de Dispositifs Prévisionnels de Secours.

En l'absence actuelle d'un Diplôme d'État⁹, le niveau scolaire minimum requis est le Baccalauréat. Le recrutement, quant à lui, se fait essentiellement sur dossier (pour devenir contractuel de la F.P.H.¹⁰), sur concours (pour devenir titulaire de la F.P.H.) ou encore par voie de mutation interne (pour les titulaires de la fonction publique).

La formation, essentiellement empirique qui suit la prise de poste, est dispensée de manière hétérogène sur le territoire national. Il demeure néanmoins une exigence réglementaire minimale : la Formation d'Adaptation à l'Emploi d'A.R.M. définit un socle

de connaissances à acquérir¹¹ dans l'année suivant la nomination dans le corps des A.M.A.¹². En pratique, très peu d'agents la valident dans les délais. La parution en juin 2016 du référentiel métier A.R.M. guide les professionnels pour une prise en charge de qualité des patients tout en améliorant leurs conditions de travail.

Enfin, les S.A.M.U.-Centre 15 connaissent une sollicitation croissante ces dernières années et les motifs de recours sont aussi complexes que variés, laissant ainsi entrevoir des perspectives d'évolution pour les plateformes de régulation tant sur le plan organisationnel que fonctionnel. L'avenir des A.R.M. voit ainsi se profiler de nouvelles responsabilités comme la généralisation des superviseurs et la naissance des hyperviseurs.

Par l'exercice même de leur profession, les ambulancier(e)s sont des partenaires privilégiés des S.A.M.U.-Centre 15. Ils, elles disposent de solides compétences techniques (gestes de secours d'urgence, radiotéléphonie, etc.) et institutionnelles (prise en charge des patients, situations d'exception, etc.). Partageant un savoir-être commun, la transversalité du métier d'ambulancier(e) vers celui d'assistant(e) de régulation n'est pas seulement une transition professionnelle mais bien réellement une forme de continuité d'action à plus grande échelle au service des patients. ■

Cyril Garmatuk

A.R.M. - S.A.M.U. 21,
C.H.U. Dijon Bourgogne.

¹ Étude de l'Observatoire des Trajectoires Professionnelles publiée le 18 février 2015 par le Lab'Ho du groupe Adecco (observatoire des hommes et des organisations) et le LISPE (Laboratoire Innovation Sociale et Performance d'Entreprise)

² S.M.U.R. : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

³ A.R.M. : Assistant de Régulation Médicale

⁴ Décrets n°2011-660 et n°2011-661 du 14 juin 2011

⁵ Référentiel métier, Assistant de Régulation Médicale, Société Française de Médecine d'Urgence, juin 2016

⁶ Ibid

⁷ C.R.R.A. 15 : Centre de Réception et de Régulation des Appels aux 15, dénommé aussi SAMU-Centre 15

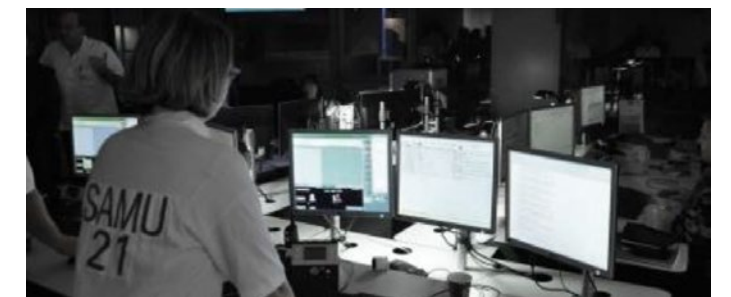
⁸ S.A.M.U. : Service d'Aide Médicale d'Urgence

⁹ Rapport d'information du Sénat n°685 du 26 juillet 2017

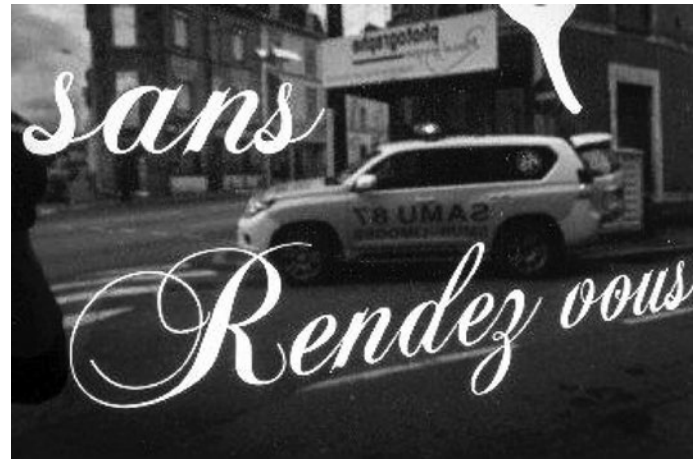
¹⁰ F.P.H. : Fonction Publique Hospitalière

¹¹ Définie par l'arrêté du 4 juin 2016, d'une durée minimale de 259 heures

¹² A.M.A. : Assistant Médico-Administratif



« **Sans Rendez-vous** » : c'est ainsi que Xavier Bourdereau, jeune photographe charentais, a vécu son immersion plusieurs mois durant au cœur du Samu du CHU de Limoges. Son travail aujourd'hui exposé en atteste, il a su capter l'intensité des situations avec authenticité et respect. Une belle restitution pour les professionnels de santé qui lui ont fait confiance et pour lui, une sorte de « révélation »...



Sans rendez-vous... une situation pour un titre qui s'impose, comme une évidence...

Pour Xavier Bourdereau, l'expérience - ou l'aventure - commence ainsi un soir, au Samu du CHU de Limoges : Bonsoir, je suis le photographe, je viens pour trois jours mais aussi pendant quelques mois. Votre chef de service vous en a parlé ? Oui, ça me dit quelque chose. Va te changer, sinon tu ne pourras pas nous suivre sur les interventions. Il y a des pantalons et des vestes là-haut. Moment d'immersion. Moment choisi par ce photographe qui souhaitait ainsi candidater pour un festival de photo reportage en Charente (il sera en effet sélectionné et son reportage au Samu y sera visible pour la première fois). Il n'en dira guère plus, mais le Samu et lui ont une histoire personnelle à poursuivre... et sans doute aussi - et surtout - à terminer. Un jour, l'un des urgentistes lui posera cette question : si on a besoin d'aide, t'es prêt à nous aider ? Tu sais faire un massage cardiaque ? Il répondra alors : oui, ça m'est arrivé une fois, pendant près d'une heure...

Comme tout photographe, tout artiste en processus créatif, Xavier souhaite cerner au plus près, et de l'intérieur, ce monde à part des urgences qui l'attire, ce milieu de travail particulier où la vie est souvent entre parenthèses, en souffrance, en alerte, suspendue au temps et aux minutes qui comptent mais aussi à la précision et à la compétence d'une équipe soignante d'urgence pour qui l'exercice du pire constitue la banalité de son métier. Ça va faire 3 mois que je viens 3 ou 4 jours par semaine. Plus le temps passe, plus je reste longtemps, maintenant, c'est plus une semaine sur deux chez vous en fait...

Sept mois durant, Xavier est avec eux, souvent et le plus souvent possible pour percevoir tous les aspects de leur exercice, du plus banal au plus intime, pour en cerner les rouages, pour en comprendre les motivations, jusqu'à faire partie de la famille. Ce n'est pas toujours

facile, d'emblée, d'être accepté, de partager de façon immédiate les petites histoires et les moments forts qui, nécessairement, rapprochent, de parler le même langage, d'user de cet humour noir, de ce détachement parfois choquant pour celui qui n'en comprend pas la nécessité... Pour Xavier, être en confiance pour être adopté passera aussi par montrer son travail pour être reconnu. La plupart des professionnels de santé rencontrés par le photographe seront en effet heureux de se voir ainsi, en action, valorisés en quelque sorte, sous l'oeil de celui qui, parce qu'il est dedans/dehors peut en capter l'essentiel : le regard perdu ou, à l'inverse, d'une intense vivacité, le geste précis et salvateur, le détail d'un décor d'intervention (la rue, la chambre, la route...), l'éclat de rire d'un instant de détente ou l'évidence d'une situation qui donnera le cliché qui va porter l'exposition. Cette photo prise un jour de la vitrine d'un coiffeur et sur laquelle se reflétait au loin le véhicule du Samu s'est naturellement imposée à moi. Sans rendez-vous, oui, pour les urgentistes comme pour tout un chacun, car l'urgence n'attend pas face à la réversibilité des choses de la vie, au basculement, à la brutalité d'un accident cardiaque, cérébral ou de la voie publique... Et pour moi aussi... d'ailleurs au départ j'envoyais un mail pour prévenir le Samu de ma présence, et avec le temps, je venais sans rendez-vous !



C'est pas mal, c'est plus beau que la réalité... dira l'un des urgentistes à Xavier...

Le photographe l'avoue, dans certaines situations, impossible d'appuyer sur le déclencheur : trop dur, trop trash, même si spectaculaire, trop triste aussi. Là encore, il faut savoir garder la mesure de ce que l'on peut montrer, histoire de respect, d'éthique. L'utilisation du noir et blanc permet de ne montrer qu'une partie de l'ambiance du moment en se focalisant sur un seul élément. On est dans le vrai, dans le dur, au cœur des choses, sans couleurs criardes, ni sensationnalisme. Pour les patients, les proches, les témoins, ce n'est pas facile d'accepter, en plus de la dramaturgie du moment, cet objectif qui scrute et capte l'instant T. Il y en a avec qui ça s'est très bien passé, mais souvent je cachais ma présence, comme je cache leurs visages sur les photos. Par moment, j'ai pu être moi aussi emporté par l'action qui se déroulait devant mes yeux, par l'émotion qui s'en dégageait, incapable alors d'agir, en retrait. Tout ce que

j'espère, c'est que le travail que je propose est honnête et juste. Je n'aurai pas voulu qu'il en soit autrement. Sans rendez-vous... une situation pour un titre qui s'impose, comme une évidence...

Xavier Bourdereau avoue avoir été séduit par ce métier de l'urgence, avoir même souhaité en faire partie pour de vrai et d'y avoir finalement trouvé ce qu'il venait y chercher : le deuil d'une situation tragique vécue quelques

années auparavant. Les projets qu'il caresse aujourd'hui restent teintés de cette expérience intense - et unique - vécue au cœur de l'urgence... comme un révélateur, un mot cher à tout photographe. Nous n'en dirons pas plus mais soyons sûr que Xavier saura mettre à profit son regard et son humanité là où ses pas le guideront. ■

Bernadette FABREGAS



Découvrez le travail de Xavier Bourdereau sur son site <http://xbourdereau.wixsite.com/>
LIVRE EN VENTE SUR LE SITE des JEF 2018 à BEAUNE



FOURNITURE ET AMENAGEMENT DE VEHICULE **SMUR** AMENAGEMENT SIGNALÉTIQUE

Contact@uls-signalisation.com www.uls-signalisation.com

Légères, résistantes et personnalisables, les tentes pliantes Vitabri sont parfaitement adaptées aux postes médicaux avancés. Nos gammes sont spécialement étudiées pour répondre aux besoins de sécurité, simplicité, et de faible encombrement propres à votre secteur d'activité.



VITABRI
LES STANDS
DEPLOIEMENT D'INNOVATIONS

Fabricant français de tentes pliantes
Parc d'activités - 22, rue La Fayette - 25000 Besançon
Web : www.vitabri.com - Tél : 03.81.55.94.22 - Email : contact@vitabri.com

Les équipes du SMUR suscitent toujours la fascination et l'admiration du grand public.

À Limoges, c'est d'autant plus vrai qu'elles disposent depuis quelques temps d'un moyen unique en France : **un camion-berce**.

Entièrement conçu sur mesure, ce véhicule est né d'une réflexion globale au sein de tous les acteurs de l'Urgence au CHU de Limoges.

Dans le Limousin, en 2003, Ambulanciers, Pharmaciens, Médecins et Infirmières se mettent tous autour d'une table et cherchent à optimiser le transport des PSM⁽¹⁾ reçus de l'État après les premiers attentats.

La problématique est souvent la même pour les équipes de secours en urgence en SSE (Situations Sanitaires Exceptionnelles) : comment pouvoir tout amener au plus près des patients à secourir ?

La force du collectif et les expériences de chacun ont fait naître un concept unique en France : le camion porte-berce du SAMU 87, pour enfin permettre un départ immédiat H24 et dédier un véhicule au montage d'un PMA. L'idée séduit également la société PUIVIF, le SDIS 87 et les services techniques de l'hôpital qui vont apporter

leur soutien, leur énergie et leur savoir-faire, sans relâche pendant près de 3 ans, jusqu'à l'arrivée de ce nouveau véhicule lourd porte-berce amovible de type caisson.

Un des points forts de ce « poste sanitaire mobile » est la possibilité d'être déployé rapidement à tout moment en impliquant une faible participation de personnel et permet une autonomie complète sur site.

Grâce à ce porte-berce, le matériel est immédiatement accessible et les équipes immédiatement fonctionnelles : une équipe embarquée comprend : 1 pharmacien, 1 ambulancier, 1 IADE référente PSM et peut utiliser un lot polyvalent embarqué pouvant prendre en charge 25 victimes.

Bien entendu, sans l'Humain, le matériel n'est rien. Une formation initiale inédite et adaptée a été mise en place pour que tous les Ambulanciers du SMUR de Limoges puissent être formés à son utilisation. ■

Les Ambulanciers du SMUR 87

⁽¹⁾ PSM : poste sanitaire mobile confié par l'État pour venir au secours de la population en cas de catastrophes graves.



Nous construisons des véhicules très spéciaux. Même après le 25 000^{ème}.



**25
000
VEHICLES**

Chez WAS plus de 350 spécialistes travaillent quotidiennement pour construire des produits hors du commun. Car chaque véhicule neuf est aménagé et construit selon les exigences de nos clients. Aujourd'hui, nous avons pu livrer notre 25 000^{ème} véhicule. C'est un nombre bien particulier. Nous devons cette performance à nos clients qui témoignent ainsi leur confiance en nous et en nos capacités. Nous les en remercions et leur assurons : « nous continuerons à tout mettre en œuvre pour rendre votre véhicule très spécial ».

WAS France SARL | contact@was.fr | www.was.fr



LA BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE AUX JOURNÉES D'ÉTUDE ET DE FORMATION DE L'AFASH



**VENEZ NOUS RENCONTRER SUR NOTRE STAND,
LES 16, 17 ET 18 MAI 2018 À BEAUNE, AU PALAIS DES CONGRÈS**

Banque Française Mutualiste - Société anonyme coopérative de banque au capital de 114 154 973 €. RCS Paris 326 127 784. Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372).
Siège social : 56-60 rue de la Glacière - 75013 Paris.

Société Générale - S.A. au capital de 1 009 897 173,75 €. RCS Paris 552 120 222. Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 Paris. Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 07 022 493).



**BANQUE FRANÇAISE
MUTUALISTE**

LA BANQUE DE CHAQUE AGENT DU SECTEUR PUBLIC

Contactez-nous du lundi
au samedi de 9 h à 18 h

Appel non surtaxé **0 987 980 980**

RETROUVEZ-NOUS SUR BFM.FR ET CHEZ NOTRE PARTENAIRE



Reconnu pour sauver des vies PRE HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS)

NAEMT
Authorized Training Center

LSF
LIFE SUPPORT FRANCE



PRE HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT

- Formation certificative sur 2 jours
- Public ciblé : tout acteur du secours d'urgence

* d'infos, calendrier des formations et inscription sur

www.lifesupportfrance.fr

Dans le monde, plus de 5 millions de personnes meurent chaque année de traumatismes dont la cause principale sont les accidents de véhicules à moteur. De fait, les traumatismes sont la première cause de décès chez les patients de 1 à 44 ans.

Le Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS) est reconnu dans le monde entier comme le leader des programmes de formation pour la prise en charge des traumatisés en pré hospitalier. Lancé en 1983, le programme a formé plus de 700.000 intervenants d'urgence à ce jour. Bien que le PHTLS soit né aux États-Unis, il est désormais enseigné dans plus de 60 pays et traduit dans 9 langues.

Créé par la National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), en coopération avec l'American College of Surgeons - Committee on Trauma (ACS-CoT), le PHTLS enseigne des principes cliniquement éprouvés sur les soins des traumatismes et est spécifiquement modifié pour la prise en charge pré hospitalière, offrant ainsi une approche scientifique de ce qui diminue morbidité et mortalité.

Le cours PHTLS

Par des stations pratiques interactives et des groupes de discussions et de réflexions, le PHTLS développe une pensée critique et détaille des principes scientifiquement

éprouvés dans les soins de traumatologie en s'appuyant sur les différents niveaux de connaissances et de compétences de chaque participant.

Le programme est construit sur la conviction que, bien armé avec une base de connaissances cliniques et les principes des soins médicaux d'urgence, les intervenants pré hospitaliers sont pleinement en mesure de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne les soins aux patients.

L'American College of Surgeons - Committee on Trauma (ACS-CoT) assure la direction médicale et en contrôle le contenu. Le cours est basé sur le programme de l'Advanced Trauma Life Support (ATLS). Le PHTLS est continuellement mis à jour pour suivre les avancées du terrain via le référentiel de l'ATLS, via les remarques des participants aux cours et des intervenants et est entièrement révisé tous les quatre ans.

L'objectif est qu'il est essentiel d'amener le patient :

1. dans un hôpital adapté
2. en utilisant le meilleur moyen de transport
3. dans un délai correct, et
4. en ayant effectué les gestes indispensables, le tout avec un maximum de sécurité.

Les étudiants qui suivent le PHTLS apprennent à :

- Décrire la physiologie et la cinématique des blessures.
- Comprendre la nécessité d'évaluation rapide du patient traumatisé.
- Transporter des patients à l'établissement médical approprié en fonction de leurs blessures.
- Perfectionner leur niveau de connaissance en ce qui concerne les examens et les compétences de diagnostic.
- Améliorer leur performance dans l'évaluation et le traitement des traumatismes du patient.
- Augmenter leur niveau de compétences spécifiques en intervention pré hospitalière.
- Fournir une vue d'ensemble et établir une méthode de gestion pour la prise en charge pré hospitalière de patients polytraumatisés.

Les compétences des stagiaires sont testées à la fin du cours par un examen écrit et une évaluation pratique sur une mise en situation qui constitue l'examen certificatif.

Le programme PHTLS

L'évaluation - évaluation des lieux (sécurité de la scène et des intervenants), évaluation primaire des patients : mécanismes de blessures, identifier immédiatement des affections potentiellement mortelles et gestion selon le principe :

- A : Airway (perméabilité des voies aériennes),
- B : Breathing (ventilation et oxygénation),
- C : Circulation (hémorragies et contrôle des états de chocs)
- D : Disability (détresse nerveuse) et
- E : Exposure (exposition du corps entier) ▶

Bien que les techniques d'évaluation soient enseignées séquentiellement, elles sont réalisées simultanément.

En détail :

Airway : couvre l'anatomie des voies respiratoires, l'évaluation des VAS, les blessures et les dysfonctionnements, les traumatismes des voies respiratoires et les lésions par inhalation directe. Propose une révision des procédures de protection des voies respiratoires, dispositifs supra glottiques, glottique, techniques d'intubation endotrachéale et chirurgicale, position de la sonde et protocoles des voies respiratoires.

Breathing : - Enseigne l'anatomie et la fonction de la cage thoracique, une compréhension de la relation entre la respiration normale et la ventilation à pression positive, les traumatismes qui affectent la respiration, les signes à rechercher, évaluation des lésions des voies respiratoires (notamment pneumothorax sous tension et options de traitement).

Circulation : - Couvre l'anatomie, le métabolisme, la physiopathologie, les mécanismes et l'évaluation des trois différents types de chocs : hypovolémique, distributif et cardiogénique, surtout quand il n'a pas de cause évidente. Couvre également l'hypoperfusion et ses conséquences dans l'organisme, l'hypoxie, les traumatismes pénétrants et les contusions, management de l'état de choc et la réduction des complications, le maintien de la production d'énergie au niveau cellulaire.

Traumatismes du système nerveux central : Blessures de la moelle épinière et du cerveau - Traite de l'anatomie et physiologie du cerveau, de la colonne vertébrale, les traumatismes spinaux (physiopathologie et gestion), l'immobilisation du rachis, le traumatisme secondaire, l'examen neurologique complet.

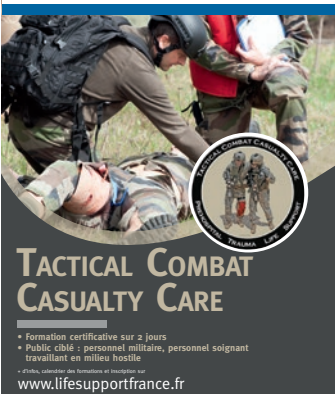
Considérations particulières : Sensibilisation de l'aspect unique de la pédiatrie, la gériatrie, les multiples patients, les brûlures, les délais de transport, les actes de terrorisme et les nouvelles menaces type NRBC-e.

Bilan secondaire/Réévaluation - les participants apprennent à mieux identifier et traiter les blessures mortelles cachées par l'association de plusieurs paramètres physio-pathologiques. Savoir quand agir est important, mais savoir quand ne pas pratiquer de gestes cliniques secondaires est encore plus important. Savoir définir quand il faut traiter, sur place ou en cours de route. La Réévaluation comprend un bilan secondaire de la tête aux pieds qui permet d'évaluer les signes vitaux, les blessures non mortelles comme les changements dans l'état du patient. La formation couvre également les options de traitement, les mesures de confort des patients et leur transport, les situations à multiples victimes.

Une approche d'équipe - Comment une équipe pluridisciplinaire doit travailler ensemble pour fournir aux patients les meilleures chances. Cette équipe peut inclure les citoyens, les intervenants pré hospitaliers (Sapeurs Pompiers, Ambulanciers, Secouristes), les services d'urgence, de chirurgie et d'autres services spécialisés et de réadaptation.

Communication - Discuter au moment opportun de façon claire, concise, précise et complète entre tous les membres de l'équipe. Un rapport écrit est nécessaire pour tenir un registre de la continuité des soins avec l'hôpital d'accueil, pour des raisons médicales et juridiques, pour la recherche sur les traumatismes et leurs réponses médicales.

Pièges potentiels - l'intervention est-elle réalisée en toute sécurité ? passer à coté d'affections potentiellement mortelles par oubli de l'exposition du patient, se concentrer sur les blessures « de distraction », exécuter un bilan secondaire avant la stabilisation d'une détresse vitale, ne pas maintenir la température corporelle, effectuer des traitements de pointe avant les procédures de base, délais prolongés sur la scène, patients donnant des signes de détérioration bien que dans un premier temps non critique, insuffisance de réévaluation provoquant des erreurs de décision. ■



TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE

- Formation certificative sur 2 jours
- Public ciblé : personnel militaire, personnel soignant travaillant en milieu hostile

www.lifesupportfrance.fr



EMERGENCY PEDIATRIC CARE

- Formation certificative sur 2 jours
- Public ciblé : tout acteur du secours d'urgence

www.lifesupportfrance.fr



Des solutions
pour les soins d'urgence

Deux fournisseurs,
une seule mission
L'amélioration des soins

Depuis des années, Stryker et Physio-Control sont des acteurs reconnus dans la fabrication d'équipement durable pour services médicaux d'urgence. En reconnaissant la valeur et l'engagement que notre partenariat offre aujourd'hui et offrira à l'avenir, nous nous sommes réunis pour optimiser les solutions dans le domaine de l'urgence, améliorer l'efficacité opérationnelle, agir pour la sécurité du personnel d'urgence et fournir un niveau de soins de qualité aux patients.

Les professionnels de santé doivent toujours lire attentivement les instructions et/ou se référer à l'étiquette de l'emballage et du produit. Les produits décrits ci-dessus sont des dispositifs médicaux de classe I et II B (NB: LIFEPAK 15: 10123, LUCAS 3: 0434) destinés à soutenir, transporter et réanimer un patient traumatisé. Le présent document est destiné exclusivement à l'usage des professionnels de la santé. Fabricant légal Power Pro: XT/Power-LOAD : Stryker Medical 2800 E. Center Ave., Portage, MI 49002, U.S.A. Fabricant légal LIFEPAK 15 : Physio-Control, Inc.11811 Willows Road NE Redmond WA 98052 U.S.A. Fabricant légal LUCAS 3 : Jolife AB Scheelevägen 17 Ideon Science Park SE-223 70 LUND Sweden. Date de publication mars 2016.



Equipement de véhicule S.M.U.R
VML, VLI, PCM, PMA, VEHICULE LOGISTIQUE ...
Balisage, signalétique, électricité 12V et 220V aménagement intérieur...
Référencé "UGAP" via les constructeurs automobiles

Nouveau service : location de VLM toute équipée ,a la semaine ou au mois
Votre interlocuteur : **Nicolas DELHOMME**
Tel+: 04.78.72.44.88 ou 06.16.81.65.85 Email : nicolas.delhomme.lanery@gruau.com
2 Rue Antonin Dumas 69200 VENISSIEUX (LYON)



DIAC
AMBULANCE & MEDICAL EQUIPMENT

DIAC HOLLAND I: www.diac-holland.nl
Hermesweg,15 E: info@diacfrance.fr
8861 VN Harlingen
Pays Bas

Tél/Fax : +33 (0) 2.96.85.36.71.
Port : +33 (0) 6.16.44.30.68.

Depuis quelques années **Ouest Médical Secours** est l'agent National **Diac Médical France**, filiale de Diac Médical Hollande, devenant ainsi votre contact et partenaire privilégié en France.

Ouest Médical Secours et **DIAC Médical** vous proposent une gamme de matériel médical neuf et d'occasion, révisée, testée et garantie.

Ouest Médical Secours et **DIAC Médical**, spécialistes, depuis plus de vingt ans, dans la vente de matériel médical Neuf et Occasion, et dans la vente d'ambulance neuve et occasion, ainsi que tout le matériel pour l'urgence et le 1er secours, le matériel de Formation et bien d'autre matériel.

Notre matériel d'urgence et de 1 er secours s'adressent aux Secouristes, Ambulanciers, aux Pompiers, Service d'urgence, de Sauvetage, Associations, Formateurs, etc.. Découvrez tous nos produits et profitez durant toute l'année de nouveautés et promotions sur nos sites internet:



SIRAC

DISTRIBUTEUR DE PRODUITS ET SOLUTIONS
POUR LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS SUR LA ROUTE



**SÉCURITÉ
ET PRÉVENTION DES RISQUES**
Sécurité publique



La sécurité des professionnels sur la route

01 47 86 87 77 | www.sirac.fr | info@sirac.fr



Ouest Médical Secours
www.ouestmedicalesecours.fr

Agent Exclusif : DIAC FRANCE I: www.ouestmedicalesecours.fr
Ouest Médical Secours sarl E: oms22@neuf.fr
40, Rue de La Gesvais
22 490 Plouer/Rance (France)

Ouvert à tous les Ambulanciers et les personnels participant à l'Aide Médicale Urgente

<http://www.afash.fr/>
Groupe Facebook : A.F.A.S.H. Officiel

Commission Journées d'études et formation :
06.48.75.97.34 - Mail : jef.org@afash.fr

Coordinateur des Journées :
Mme Héraut Geneviève
06.20.55.26.39 - Mail : jef.org@afash.fr



Association Française des Ambulanciers
SMUR & Hospitaliers



Les Journées d'étude et de formation des AMBULANCIERS

LYON
14-15 et 16 MAI 2019

Hippodrome de Parilly
4-6 avenue Pierre Mendès France
69500 BRON

