



LE MAG DE L'AMBULANCIER

Les 15, 16 et 17 Mars 2016 au Mans

Les journées d'étude et de formation des ambulanciers

Organisées par l'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

L'intégration des secours médicaux

Texte par Maxime SANTRAINE
et photos de Yves EBEL

P.07

Attentats du 13 novembre 2015

par le Professeur Pierre CARLI,
Dr Michel NAHON
du SAMU DE PARIS
Hôpital Necker

P.20



L'ACO fête ses 110ans

Formation adaptée à la profession.

P.40

Prochain rendez-vous : **STRASBOURG**



Douleur et Urgence

par le Docteur
Johan LECLERC - CHU AMIENS
Praticien Hospitalier, Médecine
d'urgence, Médecin de la Douleur

Magazine gratuit





Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

ASSOCIATION LOI DU 1ER JUILLET 1901
N° W 76 300 1282
SIRET : 491 375 911 00017
SIREN : 491 375 911
Code APE 9499Z
N° de déclaration d'activité : 23 76 04841 76

REVUE ANNUELLE **du Mag de l'ambulancier**
Nombre d'exemplaire 1000
Dépôt Légal mai 2015
Copyright 2014 AFASH

N° d'inscription (ISSN: 2269-1022)

COMPOSITION DU BUREAU ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L A.F.A.S.H

Président d'honneur :
Professeur Louis LARENG, Président-Fondateur
du SAMU de FRANCE

Vice Président :
Mr Jean-Louis OURDOUILLIE - CH LENS

Secrétaire :
Mr Jean-Benoit CAVIGNAUX - CH LENS
Mail : contact@afash.fr

Secrétaire Adjoint :
Mr Antoine PEREIRA - CHU TOULOUSE
Mail : jef.org@afash.fr

Trésorier :
Mr Jean-Pierre QUEVA - CHRU LILLE
Mail : comptabilite@afash.fr

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mr Jean-François FRENEIX - CHU Nîmes
Mr Philippe MENARD - CH ORLÉANS
Mr Nicolas CHARPENTIER - CH MELUN
Mr Olivier LEBON - CHU NANCY
Mr Pascal LAMOURETTE - CH ISSOIRE
Mr Alain BOURDEAU - CHU TOULOUSE
Mr Philippe SOLIWADA - CHU NANCY
Mr Sylvain VAUTRIN - CHU NANCY
Mr Antoine ADA - CHU CAYENNE

INSCRIPTION POUR LES JOURNÉES D'ÉTUDE ET DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Secrétariat de l'AFASH
2 bis rue Pierre Curie
62580 Givenchy-en-Gohelle
Tél : 06 48 75 97 34
E-mail : contact@afash.fr
TOUTES LES INFOS SUR LE SITE : www.afash.fr

Bulletins d'adhésion et de participation en fin de magazine

ASSOCIATION FRANÇAISE DES AMBULANCIERS S.M.U.R ET HOSPITALIERS

PRÉSIDENT D'HONNEUR :
PR LOUIS LARENG, PRÉSIDENT-FONDATEUR
DU SAMU DE FRANCE
VICE PRÉSIDENT : MESSIEURS JL OURDOUILLIE
ET JB CAVIGNAUX
SECRÉTAIRE : MR JEAN-BENOIT CAVIGNAUX
RÉDACTEUR EN CHEF :
JEAN-BENOIT CAVIGNAUX
EMAIL : contact@afash.fr
COMMISSION DE RÉDACTION :
MESSIEURS J-B CAVIGNAUX - A PEREIRA
CRÉDIT PHOTOS : L'AFASH
CONCEPTION-RÉALISATION :
OLFADIEZ-STRACOMM - PARC D'ACTIVITÉ
DU MOULIN, CHEMIN DE BOIS BERNARD
62110 HÉNIN-BEAUMONT
SITE INTERNET : www.olfadiez-stracomm.com



Notre profession est en pleine mutation.
Effectivement la formation de l'ambulancier a évolué. Maintenant nous avons un diplôme reconnu par nos instances, ce n'est plus un certificat de capacité d'ambulancier. L'association s'est battue plusieurs années avec les autorités ministérielles en leur présentant un décret de compétences et le diplôme d'état de l'ambulancier a été créé.

Pour notre part, nous trouvions légitime que les ambulanciers du secteur public soient reconnus au contact du patient. En 2015, tous les députés ont adressé une lettre au ministre de la santé. D'après la réponse de notre ministère une réflexion était à l'étude et le résultat devait nous être donné fin 2015.

Nous attendons toujours une réponse.

Sachez quand même que s'il y a une évolution de catégorie de sédentaire à actif, nous pensons que nous serons obligés de faire quelques concessions.

Maintenant, à ma connaissance, en France nous sommes la seule association nationale d'ambulanciers. Sur 1600 postes d'ambulanciers du secteur public, seuls 200 d'entre nous sont adhérents à l'AFASH.

Comment voulez-vous que nous soyons représentatifs devant les autorités ?

Pour pouvoir revendiquer nos demandes avec les partenaires sociaux, il vous faut adhérer à l'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers.

J'ai besoin de vous tous, pour la revue « Le Mag de l'ambulancier » afin de l'alimenter en articles et en photos. J'aimerais que nos collègues spécialisés écrivent des articles pour faire connaître les diversités de notre profession.

Merci chers (ères) collègues.

SOMMAIRE

ÉDITO

Mr Cavignaux Jean Benoît secrétaire.

PRÉFACE

Mr le Professeur Louis LARENG,
Président d'honneur de L'AFASH

SUJETS

p 05_ Rappel sur repos et congés

p 07_ Intégration des secours

p 10_ Fiche métier ambulancier

p 18_ Prise en charge du malade psychiatrique

p 20_ Attentats terroristes

p 29_ Cahier des clauses techniques

p 32_ Chariot Brancard CROSS CHAIR

p 35_ AFASH TV

p 36_ Point sur les ventes

p 38_ Question écrite N°14200

p 40_ ACO Formation + pourquoi travailler ACO

p 42_ La planche à masser

p 46_ Attelle DONWAY

p 50_ Jurisprudence
Que disent les textes de Lois...

**Adhésion à L'AFASH & Inscription aux JEF
de Strasbourg 2017**

Préface

Professeur Louis LARENG

Administrateur
du Groupement Sanitaire
Télésanté Midi-Pyrénées
Président de la Société
Européenne de
Télémédecine et de Santé
Président d'Honneur
de l'Association Française
des Ambulanciers SMUR
et Hospitaliers



LA RÉPUBLIQUE NUMÉRIQUE

Un travail de qualité ne peut se retrouver que dans la **confiance**. Cette dernière constitue un prérequis pour œuvrer dans le consensus.

Cette confiance doit s'établir avec la population elle-même, avec les professionnels de santé et avec les services offerts. Elle doit s'appuyer sur la conviction, garantie de la fidélité. Les soins sont administrés dans le cadre du service médical. La Télémédecine est une fonction médicale mais à distance, nécessaire à l'organisation territoriale des soins afin de prendre en compte leurs exigences. Elle optimise le travail des médecins mais ne pourra se substituer aux médecins eux-mêmes.

Dans un article récent du journal **Libération**, la loi actuellement en gestation « **La République Numérique** » a été présentée dans une enseigne : **Liberté, Egalité, Internet**. Il s'agit d'une présentation très expressive. Liberté, Egalité qualifie la loi de son caractère Républicain. L'Internet doit accompagner ce tryptique avec la même qualité que la Fraternité accompagne notre drapeau tricolore.

Dans cette période où se développe l'Intelligence Artificielle créant « l'Homme augmenté », le côté humain pourrait s'effacer et laisser les questions, même simples, se régler par l'Intelligence Artificielle, **ce qui créerait une société sans cœur, et contraire à nos valeurs**.

Disposer d'un système numérique efficace donnant en permanence accès à une multiplicité de services ne doit pas nous conduire à déléguer à l'Intelligence Artificielle la résolution de problèmes que pourrait prendre en compte l'Intelligence Humaine.

Il ne faut pas laisser se créer une nouvelle espèce « l'Homme achevé ». Il m'arrive, même de dire, pour être plus expressif, un paquet de coton sur une table. Il est indispensable que l'Intelligence Humaine maîtrise en permanence nos activités.

Intelligence Artificielle et Intelligence Humaine peuvent coexister dans l'intérêt du malade, à la condition que l'Intelligence Humaine en maîtrise l'ensemble.

L'Ambulancier, de par sa profession, à une place privilégiée au contact du malade ; l'essentiel de son action est invisible à nos yeux, et ne peut se voir que par les yeux du cœur.

Votre initiative d'organiser ces nouvelles journées d'étude et de formation, votre volonté d'innover pour respecter et accompagner vos patients vous honore.

Votre revue « Le Mag' de l'Ambulancier » témoigne de votre souhait de progresser, accompagné par votre volonté de rester humain.

Dans « la République Numérique », votre revue reste l'un des phares de l'humanisme de votre profession au sein de notre milieu médical et auprès des malades.

Puissiez-vous, à travers toutes les générations, à travers les Temps et l'Espace, vivre tout simplement avec « l'intelligence de votre temps ».

Professeur Louis Lareng



Rappel sur repos et congés

C'est une atteinte illégale à la vie privée !

Un agent hospitalier, comme tout citoyen, a droit au respect de sa vie privée.

Le directeur et à plus forte raison les cadres, n'ont aucun droit pour exiger la communication des numéros de téléphone des agents et encore moins de les rappeler lorsqu'ils sont en repos ou en congés.



La question a été tranchée par le ministre de la santé en 1985.

Question :

« Il apparaît en effet que certains établissements exigent de leur personnel infirmier ou d'encadrement la communication de ses coordonnées téléphoniques à titre confidentiel en invoquant le fait qu'il peut être sollicité en cas de besoin urgent (catastrophe, plan ORSEC, etc.).

Réponse du ministère :

« Certain personnels non médicaux des établissements d'hospitalisation publics, logés par nécessité de service, doivent à tour de rôle assurer une astreinte à domicile afin de répondre rapidement aux urgences éventuelles : il s'agit des personnels de direction et des pharmaciens résidents. Le numéro de téléphone de leur domicile est donc obligatoirement connu de l'établissement employeur.

Aucune disposition réglementaire ne permet d'obliger les autres catégories d'agents à communiquer à leur employeur le numéro de téléphone de leur domicile personnel. Une telle communication ne peut être effectuée qu'à titre volontaire.»
(Ministre de la santé - réponse publiée au journal officiel le 11 février 1985 page 558 n° 57900)

Ainsi, il n'existe aucune obligation légale pour un agent hospitalier de communiquer à son employeur un numéro de téléphone personnel fixe ou portable.

En cas de plan blanc ?

(Catastrophe sanitaire) voir la [circulaire du 2 mai 2003](#). Extrait : "Les personnels inscrits sur la « liste rouge » des abonnés du téléphone, **ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone**. Toutefois, les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement.

Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous enveloppe scellée, à n'ouvrir que sur ordre du directeur. Le responsable de l'actualisation de ces listes est identifié et le protocole y afférent rigoureusement défini."

En dehors de cette situation exceptionnelle de catastrophe sanitaire, l'agent hospitalier, le salarié en repos quotidien ou hebdomadaire, ou en congés, n'est pas à la disposition de son employeur. Il a droit au respect de sa vie privée et ne peut pas être dérangé sans qu'il soit porté atteinte à ce droit.

L'agent en repos a même le droit de refuser de venir sans être sanctionné :

Même s'il est contacté, un agent hospitalier ne peut pas être sanctionné par son directeur s'il refuse de revenir travailler pendant un repos ou un congé annuel qui lui a été régulièrement accordé. (Cour administrative d'Appel de Paris - 1er décembre 1998 - n°96PA02305). Par ailleurs certains directeurs et cadres peuvent faire pression en invoquant l'article 99 de la loi portant statut des personnels hospitaliers par lequel un agent serait dans l'obligation d'exécuter un ordre donné. Or, cet article ne s'applique que lorsque l'agent est à la disposition de son employeur sur le lieu de travail. L'agent qui est en repos n'est pas sous les ordres de son employeur et bénéficie du respect de sa vie privée comme indiqué ci-dessus.

Le conseil de FO-santé :

Sauf si vous êtes d'astreinte (au sens des articles 20 et suivants du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002), ou en cas de catastrophe sanitaire, vous ne devez pas être dérangé sur vos repos et congés. Chacun a droit au respect de sa vie privée, y compris les agents hospitaliers.

Gérer c'est prévoir !

Si la continuité du service public est un principe constitutionnel, il appartient à la direction de l'établissement d'organiser le travail pour assurer sa continuité avec les moyens légaux mis à sa disposition. Ainsi, en cas d'absence inopinée d'un agent, elle peut faire appel à ceux placés sous astreinte. Elle peut aussi se servir d'un pool de remplaçants présents en surplus dans l'établissement. Mais en aucun cas elle ne peut déranger un agent en repos ou en congés sans porter atteinte à sa vie privée.

C'est à cette fin que le décret sur le temps de travail à l'hôpital précise que « Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. »

(article 13 décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002)

Lorsque la direction, ou le cadre, tente la culpabilisation des uns contre les autres « si vous ne venez pas vous allez mettre vos collègues en difficulté », ils appliquent le mode de gestion par le stress qu'ils ont appris à l'école. Faire en sorte que le problème rencontré devienne celui des autres !

Ces tentatives résultent de l'incapacité d'anticiper l'organisation du travail avec les moyens accordés. Ainsi il n'est pas étonnant de constater une augmentation très sensible des arrêts de travail pour raison de santé. La gestion par la contrainte connaît ici ses limites.

Protégez-vous des abus :

Malgré son caractère illégal, les rappels à domicile sur repos ou congés sont en constante augmentation compte tenu des pressions exercées.

Il appartient donc à chaque agent d'y mettre un terme, avec, si besoin, l'aide du syndicat FO de l'établissement. Il convient donc de refuser de donner son numéro de téléphone et de revenir sur ses repos en dehors des procédures de crises.

En cas d'abus il existe des possibilités de porter plainte directement contre l'auteur de ce rappel.

(<http://www.cnil.fr/vos-droits/plainte-en-ligne/>).

Mais avant cela, il convient d'en demander l'arrêt directement au directeur chef d'établissement.

Chaque concession
sur sa vie privée
est un morceau de liberté
qui fout le camp.



Intégration des secours médicaux dans la prise en compte d'une victime d'accident grave de la route

Texte : Maxime SANTRAINE
Photos : Yves EBEL



L'accident de la route n'est jamais anodin. L'incarcération en est le stade ultime, comprimant des victimes qui ont subi des décélérations brusques avec une cinétique importante. La chaîne de secours qui se met en place alors engage des spécialistes en leur domaine, tous techniciens qualifiés et entraînés. Mais une fois réunis, travaillent-ils tous en équipe ? Savent-ils quelles sont les attentes des autres ?

Cet article est créé pour essayer d'éclairer un peu la scène, quelquefois nébuleuse... Je vais tenter, en ma qualité d'ex-spécialiste SP, de découper en phases simples l'articulation type d'une intervention en secours routier et de vous transmettre un peu de ma « culture » désincarcération apprise au cours de mes années d'active et développée par l'apport des nombreuses sommités en la matière que j'ai eu le plaisir de côtoyer.

1 – L'APPROCHE DE L'ACCIDENT

Le SMUR dépêché sur les lieux doit intégrer un dispositif souvent mis en place ou en lieu de l'être. Son placement doit obéir à quelques règles simples :

- être au plus près de l'accident ;
- accéder à la victime rapidement ;
- ne pas gêner les équipes chargées de « dépouiller » le(s) véhicule(s).

Le conducteur de l'UMH devra néanmoins obéir au schéma type de balisage par les pompiers, épaulés des forces de l'ordre et des services de voirie. Ce schéma de balisage comporte 4 zones distinctes pré-signalisées, qui débute par une zone d'approche et qui se termine par une zone de stationnement.

Ces zones sont :

- **la zone d'approche** : cette zone, elle-même annoncée par une pré-signalisation avancée (150 à 200 m), a pour but de diriger les automobilistes sur une autre voie pour éviter un suraccident. La déviation ainsi créée matérialise une oblique progressive d'une longueur de 50 mètres minimum (par voie déviée) ;

- **la zone tampon** : cette zone a été ajoutée depuis l'accident qui a eu lieu à Loriol en 2005, où 5 SP ont perdu la vie suite à un usager inattentif qui est venu s'encaster dans le dispositif des secours qui était en place. Cette zone, d'une longueur de 30 m minimum suit directement la zone d'approche.

- **La zone de travail** : comme son nom l'indique, cette zone est celle où se dérouleront les opérations de désincarcération. Elle est d'une longueur de 50 m au minimum et seul se trouvera dans ce périmètre l'engin de désincarcération des SP ;

- **La zone de stationnement** : toujours située en aval de l'accident, c'est dans cette zone que seront concentrés tous les engins nécessaires à la bonne marche de l'intervention. Le SMUR et les engins d'évacuation des blessés (VSAV, VPSP) seront disposés à la limite de la zone de travail afin de minimiser la distance entre l'accident et les moyens médicalisés.



2 – SUR LES LIEUX DE L'ACCIDENT

Les opérations de délivrance d'une victime incarcerated ont généralement débuté, avec une prise en charge secouriste immédiate. La situation est « figée », c'est-à-dire que les véhicules sont calés et que différentes zones ont été matérialisées aux alentours immédiats de la scène d'accident. Ce sont des zones de « poser », une pour les débris des véhicules qui seront découpés et une autre pour les matériels de calage, coupe et écartement. À l'arrivée de l'équipe médicale, le médecin doit s'enquérir des paramètres circonstanciels de l'accident au responsable de l'intervention, souvent identifié par une chasuble C.O.S. (Commandant des Opérations de Secours). Il pourra ensuite établir un diagnostic de la (des) victime(s) afin de prioriser les tâches :

- fixer les besoins de l'équipe médicale pour la bonne médicalisation ;
 - fixer la priorité sur telle ou telle victime ;
 - indiquer les contraintes médicales pour la prise en charge (obligation de sortie par telle ou telle ouverture, impératifs de médicalisation tels que le gain de hauteur pour la mise en place des perfusions...);
 - donner clairement une estimation de temps pour l'évacuation, par victime.
- Ces quelques paroles sont primordiales pour la suite des opérations car elles conditionnent l'orientation des techniques de coupe, d'écartement et de cueillette.

Si ce temps est extrêmement court, il faudra indiquer qu'une DZ est à prévoir et demander les moyens complémentaires à venir (hélico, escorte motorisée).

En fonction de ces indications, le COS infirmera ou confirmera la technique de dégagement et positionnera ses intervenants SP selon les besoins de l'équipe médicale.

Les SP doivent travailler en fonction de l'état de la (des) victime(s). Ils le savent et adapteront leurs manœuvres en conséquence.



3 – LES OPÉRATIONS DE DÉGAGEMENT

La conduite générale d'une opération de secours routier se déroule toujours d'une façon immuable :

- protection (chantier, intervenants, véhicules accidentés, risque d'incendie, victimes) ;
- balisage (mise en place d'une signalisation temporaire) ;
- calage ;
- désincarcération (écartement, coupe). Nous reviendrons sur le détail de cette phase dans le chapitre suivant ;
- cueillette de la (des) victime(s).

Cette phase doit être concertée car elle mobilise les savoirs-faire de tous ;

- installation de la victime dans le vecteur de transport ;
- transport vers la structure hospitalière prévue.

4 – LES MANŒUVRES DE DÉSINCARCÉRATION

Les outils de coupe et d'écartement

Les sapeurs-pompiers utilisent des matériels, pour la grande majorité hydrauliques (de l'huile à haute pression – 300 bars –

poussent des vérins), pour écarter, découper, pousser les différentes structures afin de parvenir à l'objectif suivant : le gain de place pour l'extraction de la victime. Ces matériels, d'une force incroyable (jusqu'à 200 tonnes de poussée pour certains écarteurs !) sont des outils que seuls les personnels formés peuvent utiliser. En effet, les conséquences d'une mauvaise manipulation peut entraîner des conséquences désastreuses pour tous (effondrement de structures, projection dans l'habitacle d'éléments missiles, déclenchement intempestif de câbles d'airbags, fuite de produits toxiques...) et est donc conseillé de ne jamais toucher les outils de désincarcération.

En voici une présentation sommaire des principaux, avec les spécificités de chacun :

L'écarteur : outil principal dans la désincarcération, cet outil peut écarter, écraser ou tirer les parties endommagées. Ils possèdent deux bras pourvus à leur extrémité de « becs » interchangeables, chacun ayant une forme et une fonction spécifique.



La cisaille : Initialement utilisées pour couper (césarisier) les parties du véhicule destinées à être enlevées, elles sont de plus en plus sollicitées pour faire des coupes de « décharge », pour un écartement futur. En effet, les techniciens considèrent qu'une coupe est définitive alors que l'écartement est évolutif. Les cisailles peuvent posséder plusieurs formes de lames (droites, courbes, en pince de crabe ou de homard..).



Les vérins : ce sont de puissants pistons télescopiques qui complètent généralement l'ouverture générée par l'écarteur. Très appréciés, ils sont capables de se développer sur plus d'1m60 pour les plus grands, et d'agrandir de façon conséquente un habitacle ou de repousser un tableau de bord.



CONCLUSION

Les manœuvres de désincarcération mettent en jeu des compétences très diversifiées. De la médecine d'urgence à la réalisation de l'extraction de la victime, tous les techniciens du risque sont sollicités. C'est là l'occasion de soigner la communication entre les corps de métier, pour l'unique but : le confort (relatif) de la victime. C'est par cette unique condition que la prise en charge sera rapide, de qualité et « stressless » !

FICHE MÉTIER - Ambulancier SMUR

Mr Pascal LAMOURETTE
CH ISSOIRE

FONCTIONS

Les conducteurs ambulanciers sont chargés d'assurer le transport des malades et blessés et la conduite des véhicules affectés à cet usage. Ils participent, le cas échéant, à l'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation. Ils sont en outre chargés des fonctions de coordination (article 16 du décret n° 91.45 du 14 janvier 1991 modifié)

TEXTES DE BASE

Décret n° 91.45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la fonction publique hospitalière (JO du 15 janvier 1991) modifié par :

- * décret n° 92.42 du 10 janvier 1992 (JO du 16 janvier 1992)
 - * décret n° 94.247 du 25 mars 1994 (JO du 30 mars 1994)
 - * décret n° 95.1132 du 17 octobre 1995 (JO du 24 octobre 1995)
 - * décret n° 98.1219 du 29 décembre 1998 (JO du 30 décembre 1998)
 - * décret n° 99.817 du 16 septembre 1999 (JO du 19 septembre 1999)
 - * décret n° 2000.673 du 17 juillet 2000 (JO du 20 juillet 2000)
 - * décret n° 2001.1033 du 8 novembre 2001 (JO du 10 novembre 2001)
 - * décret n° 2002.782 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002)
 - * décret n° 2004.118 du 6 février 2004 (JO du 8 février 2004)
 - * décret n° 2006.224 du 24 février 2006 (JO du 26 février 2006)
 - * décret n° 2007.1185 du 3 août (JO du 7 août 2007)
 - * décret n° 2010.169 du 22 février (JO du 24 février 2010)
 - * décret n° 2010.1323 du 4 novembre 2010 (JO du 6 novembre 2010)
 - * décret n° 2007.1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier (JO du 2 septembre 2007)
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière (JO du 18 mai 1999)
- Les conducteurs ambulanciers doivent se soumettre périodiquement aux examens médicaux pour valider leurs permis de conduire (article 20 du décret n° 91.45 du 14 janvier 1991)

La formation

L'arrêté du 26 janvier 2006, modifié le 18 avril 2007, remaniera en profondeur le programme de formation des études et créera le diplôme d'ambulancier. Ce diplôme deviendra un diplôme d'état par le décret du 30 août 2007 (voir annexes). Il est délivré par la DRASS à l'issue de la formation et de la réussite à l'ensemble des épreuves de validation.

Actuellement, pour accéder à la formation, le futur professionnel doit passer des épreuves de sélection dans un institut de formation d'ambulancier

Pour pouvoir se présenter à ces épreuves, la personne doit :

- s'être pré-inscrit dans la formation ;

- disposer d'un permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité ;

- fournir l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route ;

- fournir un certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...);

- fournir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;

- fournir l'attestation, en cours de validité, de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 ou d'un certificat équivalent reconnu par le ministère chargé de la santé (AFPS, AFPSAM, CFAPSE, PSC1, PSE 1 ou 2).

Aucun diplôme n'est exigé pour se présenter aux épreuves de sélection.

Les épreuves de sélection comprennent une épreuve d'admissibilité (comportant un stage de découverte de la profession de 140 heures et une épreuve écrite) et une épreuve orale d'admission.

L'épreuve écrite, notée sur 20, comporte un sujet de français et un sujet d'arithmétique :

a) Le sujet de français du niveau du brevet des collèges doit permettre au candidat à partir d'un texte de culture générale d'une page maximum portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social, de dégager les idées principales du texte et

de commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions maximum.

Cette partie est notée sur 10 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat. Une note égale ou inférieure à 2,5 est éliminatoire.

b) Le sujet d'arithmétique porte sur les quatre opérations numériques de base et sur les conversions mathématiques. Il ne peut être fait appel pour cette épreuve à des moyens électroniques de calcul.

Cette partie a pour objet de tester les connaissances et les aptitudes numériques du candidat. Elle est notée sur 10 points. Une note égale ou inférieure à 2,5 est éliminatoire.

Sont déclarés admissibles, les candidats qui remplissent les conditions suivantes :

- avoir validé le stage de découverte (ou en être dispensé réglementairement);
- avoir obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20 points à l'épreuve écrite, sans note éliminatoire à l'une des deux épreuves (ou en être dispensé réglementairement).

L'épreuve orale d'admission (sauf dispense réglementaire), notée sur 20 points, d'une durée de 20 minutes maximum est évaluée par un jury, elle est notée sur 20.

Elle a pour objet :

à partir d'un texte de culture générale du domaine sanitaire ou social d'évaluer la capacité du candidat à comprendre des consignes, à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente et à s'exprimer (noté sur 12) ; et d'évaluer lors de l'entretien avec le jury, la motivation du candidat, son projet professionnel ainsi que ses capacités à suivre la formation (noté sur 8).

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Le Programme de formation

La formation conduisant au diplôme d'état d'ambulancier comprend 630 heures au total dont 455 heures de formation théorique (13 semaines) et clinique en institut et 175 heures de stages (5 semaines).

L'enseignement en institut comprend huit modules, dispensés

sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux de groupe et de séances d'apprentissages pratiques et gestuels.

Les modules de formation

Correspondent à l'acquisition des huit compétences du diplôme :

Module 1 :

dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient ; 3 semaines (105 heures).

Module 2 :

apprécier l'état clinique d'un patient ; 2 semaines (70 heures).

Module 3 :

respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections ; 1 semaine (35 heures).

Module 4 :

utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation (cf. note 1) des patients ; 2 semaines (70 heures).

Module 5 :

établir une communication adaptée au patient et à son entourage ; 2 semaines (70 heures).

Module 6 :

Assurer la sécurité du transport sanitaire ; 1 semaine (35 heures).

Module 7 :

rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins ; 1 semaine (35 heures).

Module 8 :

organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession ; 1 semaine (35 heures).

L'enseignement en stage est réalisé en milieu professionnel dans le secteur sanitaire, en établissement de santé et en entreprise de transport sanitaire.

Ils sont réalisés dans les structures suivantes :

Service de court ou moyen séjour : personnes âgées ou handicapées, pédiatrie ou rééducation fonctionnelle : 1 semaine.

Services d'urgence : 1 semaine.

SAMU ou SMUR avec passage en salle d'accouchement si possible ou stage optionnel supplémentaire en service d'urgence. Entreprise de transport sanitaire : 2 semaines.

(Arrêté du 26 avril 1999)

la durée de la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de la fonction publique hospitalière affectés dans un service mobile d'urgence et de réanimation est fixée à quatre semaines pour être affectés dans un service mobile d'urgence et de réanimation, les conducteurs ambulanciers de la fonction hospitalière doivent avoir bénéficié de la formation d'adaptation à l'emploi régie par le présent arrêté et avoir effectué au préalable un stage de sécurité routier et de conduite en état d'urgence dans un centre de formation agréé.

PROGRAMME DE LA FORMATION D'ADAPTATION À L'EMPLOI DES CONDUCTEURS AMBULANCIERS DE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE.

MODULE 1 (2 jours)

Radiotéléphonie

Le but de ce module est de donner aux conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation les moyens d'utiliser, de manière efficace et efficiente, le matériel radiotéléphonique embarqué à bord du véhicule du service mobile d'urgence et de réanimation.

Cet enseignement s'effectue en collaboration avec les centres d'enseignement des soins d'urgence dispensant l'enseignement conduisant au certificat d'exploitant hospitalier en télécommunications.

Compétences à acquérir :

Maintenir le matériel de radio télécommunication en état de marche et veiller à son bon fonctionnement ;

Appliquer les procédures de transmission (réseau santé, SSU...);

Utiliser les moyens de télécommunication embarqués ;

Identifier les différents réseaux et les fréquences utilisées.

MODULE 2 (2 jours)

Hygiène, décontamination et désinfection

Le but de ce module est de donner aux conducteurs ambulanciers affectés au sein d'un service mobile d'urgence et de réanimation une formation à la désinfection et à la décontamination de leur véhicule. Il comprend un enseignement théorique et pratique de la maintenance, de la désinfection et du nettoyage du véhicule, de la cellule sanitaire et de certains matériels, au regard des protocoles les plus récents.

Objectifs à atteindre

À l'issue de la formation, le conducteur ambulancier doit être capable de :

Appliquer les règles d'hygiène, pour lui-même et son unité mobile hospitalière, le patient et son entourage et tout membre de l'équipe ;

Appliquer les principes de décontamination et de désinfection des différents éléments de la cellule sanitaire ;

Appliquer les différentes techniques de protection du patient et du personnel en fonction des pathologies rencontrées ;

Appliquer les différentes techniques de traitement des déchets.

MODULE 3 (2 jours)

Situation d'exception

Le but de ce module est de permettre aux conducteurs ambulanciers de SMUR de se situer dans la chaîne médicale des secours et d'adapter leur comportement aux différentes situations d'exception.

Compétences à acquérir :

Décrire les structures mises en place lors de situations exceptionnelles ;

Participer à la mise en œuvre et à la maintenance de la logistique déployée par le service d'aide médicale urgente et le service mobile d'urgence et de réanimation en situation d'exception ;

Identifier les différents maillons de la chaîne médicale des secours ;

Appliquer les règles à suivre par le conducteur ambulancier, en présence de différentes situations :

- au relevage ;

- au poste médical avancé ;

- à la noria d'évacuation ;

Participer à la mise en place d'un PC mobile de transmission et exploiter les réseaux de communication.

Le meilleur de l'excellence française.

50 ans d'expérience et d'engagement
quotidien pour vous offrir la qualité
et le souci du détail.



Modèle présenté
X440



UTAC
PV N° 01/07419 et 05/03547

RTS CHAPUIS, 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 !

rts  **chapuis**
France

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



MODULE 4 (9 jours)

Participation à la prise en charge d'un patient

au sein d'une équipe médicale

Ce module permet aux conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation d'adopter le comportement adéquat à chaque situation et à chaque patient en effectuant la préparation du matériel médico-technique et certains gestes dans le cadre de leurs compétences. Ce module doit également leur permettre de participer à la prise en charge psychologique du patient et de son environnement immédiat en situation d'urgence médicale.

Objectifs à atteindre

A l'issue de la formation, le conducteur ambulancier doit être capable de :

Participer à la prise en charge globale du patient et de son entourage ;

Appliquer les méthodes et les moyens adaptés pour l'exécution des soins et des gestes d'urgence de l'équipe mobile hospitalière ;

Dans un contexte médical ou traumatique (chez l'adulte ou l'enfant) :

Identifier une détresse neurologique ;

Identifier une détresse ventilatoire ;

Identifier une détresse circulatoire ;

Participer à la prise en charge d'un accouchement inopiné extra hospitalier ;

Participer à la prise en charge d'un nouveau-né dans le cadre de transport inter hospitalier ;

Participer à la prise en charge d'une urgence psychiatrique ;

Participer à la prise en charge de la douleur ;

Aider à la préparation du matériel, sur prescription médicale ;

- bouteilles de gaz médicaux et matériel d'oxygénothérapie ;

- monitoring de la saturation de l'oxygène - installation de capteur comprise sauf en néonatalogie ;

- aide à la préparation du matériel d'accès trachéal ;

- monitoring expiré (capnographie), circuit du patient exclus ;

- respirateur mécanique : installation (réglage des paramètres et circuit du patient exclus) ;

- matériel nécessaire pour drainage pleural ;

- moniteurs électrocardioscopiques, électrocardiographes, défibrillateurs en mode manuel, entraîneurs électrosystoliques, vérification de la charge électrique et du matériel d'enregistrement (pose des électrodes exclue pour le défibrillateur en mode manuel et l'entraîneur électrosystolique) ;

- pousse-seringues électriques ;

- matériel nécessaire pour pose d'un accès veineux central ou périphérique ;

- installation du pantalon antichoc (choix des niveaux de pression exclu), gonflage sous contrôle du médecin ;

- monitoring de la pression artérielle non invasive, préparation et mise en place ;

- incubateur de transport ;

Pratiquer au sein de l'équipe de l'unité mobile hospitalière les gestes d'urgence acquis à l'issue de l'enseignement du certificat de capacité ambulancier ;

Participer à la prise en charge psychologique de la famille et de l'entourage ;

Connaître les risques, les signes et la prévention du stress et de la fatigue professionnelle.

un stage pratique d'une semaine, effectué dans un service mobile d'urgence et de réanimation interrégional.

Secteur d'activité

On compte environ 35000 ambulanciers diplômés en France.

Cette profession s'exerce essentiellement dans le secteur privé au sein d'une entreprise de transport sanitaire mais aussi dans le secteur public (service de transport d'un établissement hospitalier, SMUR).

Dans le secteur privé, les ambulanciers relèvent de la convention nationale des transports routiers et activités auxiliaires et des dispositions du code du travail.

Dans le secteur public (établissements publics hospitaliers) les conducteurs ambulanciers relèvent de la fonction publique

Dans la fonction publique, les ambulanciers appartiennent à la catégorie C et leur corps se décompose en 3 grades :

Conducteur ambulancier de 2ème catégorie rémunéré à l'échelle 4 comptant 11 échelons, indice majoré 296 à 369.

Peuvent être promus en 1ère catégorie, les conducteurs ambulanciers de 2ème catégorie ayant atteint au moins le 5ème échelon de leur grade et comptant au moins 6 ans de services effectifs dans leur grade.

Conducteur ambulancier de 1ère catégorie rémunéré à l'échelle 5 comptant 11 échelons, indice majoré 297 à 392.

Peuvent être promus en hors catégorie, les conducteurs ambulanciers de 1ère catégorie ayant atteint au moins 2 ans d'ancienneté dans le 6ème échelon de leur grade et comptant au moins 5 ans de services effectifs dans leur grade.

Conducteur ambulancier hors catégorie rémunéré à l'échelle 6 comptant 7 échelons, indice majoré 325 à 416 + 1 spécial indice majoré 430.

- promotion au grade de technicien hospitalier après inscription sur liste d aptitude.
- Ils perçoivent l'indemnité de sujétion spéciale, la prime de service, des indemnités horaires pour travaux supplémentaires, primes et indemnités liées aux conditions de travail.
- En fonction de leur mission, leur salaire mensuel est majoré de 20 points pour les conducteurs ambulanciers affectés, à titre permanent, à la conduite des véhicules d'intervention des unités mobiles hospitalières agissant dans le cadre d'un service d'aide médicale urgente ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

Évolution de carrière

- Les ambulanciers peuvent devenir aide-soignant s'ils le souhaitent. Ils sont alors exemptés de passer le concours d'entrée en école d'aide-soignant. Leur formation les dispense de suivre les unités de formation 2, 4, 5 et 7. Ils devront suivre seulement les unités 1, 3, 6 et 8 ; soit 9 semaines d'enseignement théorique et 6 stages de 4 semaines chacun, soit une formation totale de 33 semaines.

Ambulancier hospitalier aujourd'hui

Ce métier a évolué et s'adapté à la médecine, médecine d'urgence d'aujourd'hui.

L'ambulancier est devenu incontournable dans la prise en charge de malades, blessés, que ce soit dans un contexte médical, ou traumatique, chez l'adulte ou l'enfant.

De part sa formation l'ambulancier assume de manière efficace et efficiente son rôle par une démarche de soins en collaboration avec l'équipe soignante en adoptant un comportement adéquat à chaque situation et à chaque patient en effectuant la préparation des matériels médicaux et techniques et certains gestes dans le cadre de leurs compétences.

Les fonctions et compétences de l'ambulancier SMUR sont définies par les dispositions réglementaires précitées et par l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi (FAE) des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière

Conditions obligatoires pour être habilité à conduire un véhicule d'urgence SMUR :

- Permis de conduire B, C ou D,
- Attestation préfectorale validée (examen médicaux) autorisant la conduite des ambulances
- Diplôme d'État Ambulancier
- Formation d'adaptation à la formation d'ambulancier SMUR
- Formation NRBC.

Fondements de notre profession:

Au quotidien, nous exerçons notre profession aux côtés des médecins et infirmiers (ères) afin de prendre en charge des patients en urgence.

La performance de nos interventions tient en une collaboration et une coordination étroite entre les ambulanciers (ères) et les médecins,

Au cours d'une intervention, notre rôle va au-delà d'un soutien logistique car nous avons conscience du respect du bon déroulement des gestes médicaux dont bénéficient les patients pris en charge.

Notre expérience de l'urgence nous a fait acquérir ces compétences afin que le médecin puisse apporter des soins rapides et efficaces aux patients.

Il nous semble que la collaboration entre les médecins et notre savoir-faire participe pleinement à l'efficacité de la prise en charge des patients.

De plus, les situations d'urgence auxquelles nous sommes confrontés nous ont permis de développer des compétences de savoir-faire en rapport avec certaines situations de violence ou de détresse.

Nos valeurs professionnelles:

- ☛ humanité,
- ☛ disponibilité,
- ☛ respect de la dignité du patient,
- ☛ adaptation (savoir-faire),
- ☛ rôle soignant (savoir-faire),
- ☛ collaboration,
- ☛ coordination.
- ☛ gestion des risques,
- ☛ secret médical.

Nos pratiques professionnelles

Connaissance et prévention des risques nosocomiaux auprès du patient.

Connaissance de la mise en place des protocoles médicaux car nous devons servir le matériel et les médicaments aux médecins avec rapidité et efficacité .

Connaissance de l'ensemble du matériel d'urgence afin que la demande de matériel spécifique faite par le médecin au moment de l'intervention soit mis à disposition et adaptabilité à l'équipe médicale.

Notre fonction :

Soutien soignant

Prise en charge du patient avec respect de la douleur et de sa dignité d'être humain. Aide relationnelle à la famille et au patient dans ce moment critique.

Soutien logistique

Préparation et entretien des véhicules d'urgence; Conduite avec responsabilité sur les lieux d'intervention; Gestions et réfections du matériel médical d'urgence (Sacs d'intubation, médicaments, kit de thrombolyse, pack pansements, pack antiseptique, pack drains thoracique adulte, enfants, pack intubation difficile pack accouchement etc...

Traçabilité du matériel de désinfection (pince magyl, ambu,)

Soutien administratif:

1er relais des informations administratives du patient pour rendre efficace sa prise en charge dans l'établissement qui va l'accueillir; Traçabilité administrative des interventions permettant la facturation.

Nos missions :

Conduite responsable et efficace de l'équipe médicale urgente sur les lieux de l'intervention,

Maintien des équipements d'urgence (matériel médical, véhicules) avec l'efficacité exigée,

Collaboration efficace et pertinente avec l'équipe médicale au moment de l'intervention et des gestes médicaux,

Formation en continue sur les protocoles, les plans rouges, le plan blanc. N.R.B.C, défibrillateur semi-automatique,

Nos tâches:

- ☛ Check liste véhicules,
- ☛ Nettoyage des véhicules,
- ☛ Décontamination de l'intérieur des véhicules.
- ☛ Réfection des caisses d'intubation,
- ☛ Check liste des kits d'urgence,
- ☛ Check liste des sacs d'urgence,
- ☛ Réfection des valises d'urgence,

La gestion des risques:

Chaque intervention comporte un certain nombre de risques : Conduite en urgence; Conduite de nuit seul sur des longs trajets; Accidents d'exposition au sang; Risques infectieux (méningite à méningocoque avec prise d'antibiotérapie, bactéries multi résistantes; Violences verbales et physiques de certains patients, psychiatriques ou non, ou des Familles; Risques liés aux zones sensibles jets d'objets divers); Accidents du travail (lombalgies, entorses diverses.); Manutention de matériels lourds (couveuse pesant 180 kg, scope 14 kg, sac à dos 16 kg).

De cet ensemble de risques découle la difficulté de nos conditions de travail; Pénibilité du travail de nuit; Pénibilité des interventions à l'extérieur quelque soient les conditions météorologiques; Pénibilité de certaines interventions qui sont longues et qui nécessitent une extrême vigilance sur plusieurs heures;

Stress post-traumatique lié à la nature de certaines interventions : Infanticide, mort subite du nourrisson, accouchements difficiles, suicides par arme à feu ou arme blanche, immolation, défenestration, pendaison, présence d'un individu qui perd la raison et menace avec une arme à feu (quelques

fois fusillades lors des rixes), braquages de banques ou commerces, interventions en milieu carcéral, accidents de voitures mortels, accidents sur voie ferrée, accidents aériens...

Dans la plus part des centres hospitaliers de petites à moyennes importances ayant un SMUR , l'ambulancier smur est rattaché aux service des urgences.

horaires des ambulancier SMUR 12 heures

Après avoir assister a la relève avec l'ensemble de l'équipe, et avoir effectué la vérification journalière de leurs véhicule (matériels embarqués , vérification du fonctionnement du défibrillateur, respirateur, ect..) nettoyage intérieur et extérieur de leurs véhicule .

ils sont chargés de l' accueil et de l' installation des personnes dans les boxes des urgence suivant la raisons de leurs présence ou l' avis médical en collaboration avec l' infirmière du service. Ils déshabillent le patient , prise des constantes, température , dextro , tension , ECG , évaluation de la douleur, mise en place du scope si nécessaire , mise en sécurité de la personne , traçabilités des données.

Ils participent également à l'installation et distribution des repas ils accueillent les pompiers, ambulancier privé, aide a l' installation des personnes accueillies , participent à la toilette des patients si nécessaires...

relèvent des information administratives auprès de la famille ou du patient. Accompagnement et soutien de la famille Comme les soignants les ambulanciers sont soumis au secret professionnel, ils doivent transmettre les informations recueillis et rentrer sur informatique la biométrie des patients dont ils ont la charges. ils participes aux brancardages des patients à la radio , scanner , ou dans les services de soins.

Ils participent aux vérifications, rangements, et péremptions des médicaments .ils aident le médecin lors de soins de sutures en les assistants en respectant les soins d hygiènes en vigeurs dans la préparation du matériel . Nettoyage et désinfection du box et du matériel après la sortie du patient en respectant les protocoles d hygiènes , réapprovisionnement du box .

C'est pour toutes ces raisons objectives que la Fédération FO Santé a souhaité engager des discussions avec le ministère de la santé, afin que le métier d'ambulancier soit reconnu comme soignant ...

Une délégation Force Ouvrière a été reçue au Ministère de la Santé le 28 mars 2012

Lors de cette entrevue, Force Ouvrière a rappelé ses revendications :

Intégration dans les filières paramédicales,

Reclassement en Catégorie B,

Classement en catégorie Active CNRACL (possibilité de départ à la retraite à 57 ans).

Force Ouvrière a rappelé la proximité des personnels ambulanciers auprès des patients, ainsi que la nature de leur exercice professionnel qui soutient l'objectif de leur intégration dans la filière paramédicale.

Force Ouvrière a également précisé les spécificités des ambulanciers SMUR.

Ainsi, tous les ambulanciers doivent être reconnus comme des personnels soignants à part entière, comme cela est déjà prévu par le Livre 3 (4ème partie) du code de la santé publique

SMUR Annexes

Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires modifiée le 22 juin 2000

Décret du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément de transport sanitaire modifié par

Arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du CCA

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 17 mai 2001 portant organisation à titre transitoire de sessions aménagées de formation au certificat de capacité d'ambulancier

Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire

Arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier

Arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

Arrêté du 18 avril 2007 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier.

Prise en charge du malade psychiatrique

Conduite à tenir devant les comportements agressifs et les crises d'agitation

➤ L'environnement doit être non stimulant dépourvu d'excitation et il ne faut jamais placer le malade dans une situation de compétition.

➤ Les locaux doivent être agréables, calmes, les bruits doivent être évités.

➤ L'ambiance de calme à laquelle le malade est sensible résulte d'une bonne organisation et d'une bonne planification des soins.

➤ Il est important de ne jamais donner une impression de hâte, d'improvisation ou de surprise dans toute activité thérapeutique. Le malade ne retire ainsi une impression de sécurité par le sentiment d'être assuré de recevoir une satisfaction à tous les besoins.

➤ Il est bon de rappeler que l'agressivité appelle l'agressivité et qu'il faut tout faire pour que ce cercle vicieux ne continue pas.

➤ Les malades à un certain niveau d'agressivité manifestent de l'agitation et sont nuisibles pour les autres par leurs comportements bruyants, leurs paroles, leurs besoins de domination, leurs taquineries, leurs propos parfois vulgaires et grossiers, leurs attentions trop mobiles, leurs impulsions... Pendant cette période, ces malades doivent être isolés afin qu'ils n'excitent pas toute l'unité psychiatrique.

➤ Les soignants doivent avoir un grand contrôle émotionnel et doivent être aptes à sentir les problèmes du patient.

➤ Le malade doit être protégé contre son agressivité.

➤ Les attaques contre le personnel ne doivent pas être réfutées avec le sentiment de se défendre. Ces attaques doivent être acceptées avec une grande tolérance aussi bien quand elles sont justes que lorsqu'elles sont injustes.

➤ Les grossièretés, les obscénités ou tout autre propos exprimés par le malade avec l'intention de choquer, et par suite d'agresser, doivent être accueillis sans paraître offensé mais sans donner aussi l'impression d'une ignorance.

➤ Une bonne manière d'apprendre à former son comportement et ses réponses devant un malade agressif et analyser ce qui s'est passé au cours de l'entretien avec le malade agressif en répondant aux deux questions suivantes :



Mon attitude et ma réponse ont-elles été bénéfiques au malade ?

➤ L'infirmière, en ayant répondu objectivement, doit avoir une attitude positive qui conduit la malade à un meilleur contrôle.

➤ Ai-je vraiment été capable de demander au malade qu'il témoigne d'un plus grand contrôle, que j'ai été capable de le montrer moi-même ?

➤ La communication avec les malades agités doit prendre en considération la faiblesse de leur attention, leur instabilité, leur tendance aux fantasmes, le besoin d'exprimer leur hostilité et leur grande réactivité dans les relations.

➤ Il ne faut pas leur fournir de longues explication ni des explications compliquées.

➤ Il ne faut pas non plus leur donner d'ordre ou de conseil d'un ton impératif et autoritaire.

➤ Il ne doit jamais être fait de comparaison entre le comportement des divers malades ni du comportement d'un malade et celui qu'il a présenté antérieurement.

➤ Les encouragements doivent être maniés avec tact. Bien entendu les menaces verbales de punition doivent être totalement prosrites.

➤ Il est bien évident que le malade ne doit pas se blesser, ni blesser les autres malades.

➤ Autant que possible la limitation de sa liberté doit être au moins acceptée par le malade, pour cela une brève explication est nécessaire.



➤ Le but de la relation avec de tels sujets est de le rassurer en acceptant d'abord leur agressivité comme venant d'une personne qui a droit de l'exprimer et en réduisant ensuite l'importance du sentiment profond de culpabilité, qui est souvent associé avec l'agressivité.

➤ Il faut surveiller attentivement et analyser tout comportement venant de l'entourage qui pourrait affecter le malade.

➤ La vie quotidienne doit être maintenue à un niveau très simple. Le malade ne doit jamais être confronté à des situations trop compliquées.

➤ Epuisement, dénutrition, blessures des autres, blessures d'eux même et suicide sont des éventualités qui doivent maintenir continuellement en état de vigilance la surveillance de l'infirmière.

➤ L'épuisement et la dénutrition peuvent se produire par l'hyperactivité et l'agitation et aussi par la tension affective avec l'insomnie qui peut en résulter.

➤ Pour éviter l'épuisement, le malade doit être placé en isolement relatif dans une ambiance calme



publicite@eurodiffusion.fr
Tél. 03 20 86 87 52

www.eurodiffusion.fr

ZA LA FONTINELLE - RUE CONDORCET - 59112 ANNOEULLIN

🌐 **OBJETS PUBLICITAIRES - CADEAUX D'AFFAIRES**

Stylos, porte-clefs, parures, conférenciers,
sacs voyage, porte-documents...

🌐 **TEXTILES PUBLICITAIRES**

Tee shirts, sweats, casquettes...

🌐 **PANNEAUX AKYLUX, PVC ET ALU**

Agences Immobilières,
Permis de construire, fléchage...

🌐 **LETTRAGES ADHESIFS**

Enseignes, Signalétiques, Véhicules
Vitrines, Relooking..

VOUS AVEZ DES IDEES, NOUS LES REALISONS

ATTENTATS TERRORISTES du 13 novembre 2015

Pr Pierre CARLI,
Dr Michel NAHON

SAMU DE PARIS
Hôpital Necker



21h20

Stade de France : 3 Kamikazes.

21h20

une première explosion près de la porte D du Stade de France

21h30

deuxième explosion près de la porte H

21h53

troisième explosion restaurant Mac Donald

21h25

une seconde équipe ouvre le feu sur un bar et un restaurant angle rues Bichat et Alibert, dans le 10e arrondissement.

21h40

une troisième équipe composée de trois hommes arrive au Bataclan et tire sur les spectateurs.



- 🚒 Alerte
- 🚒 Rapide
- 🚒 Interservice
- 🚒 Précise
- 🚒 Nombreux appels de témoins = CONFIRMATION
- 🚒 Bilan initial par DPS au stade de France... /... mais le match continue
- 🚒 Multisite d'emblée = ECONOMIE ET SECURITE DES MOYENS

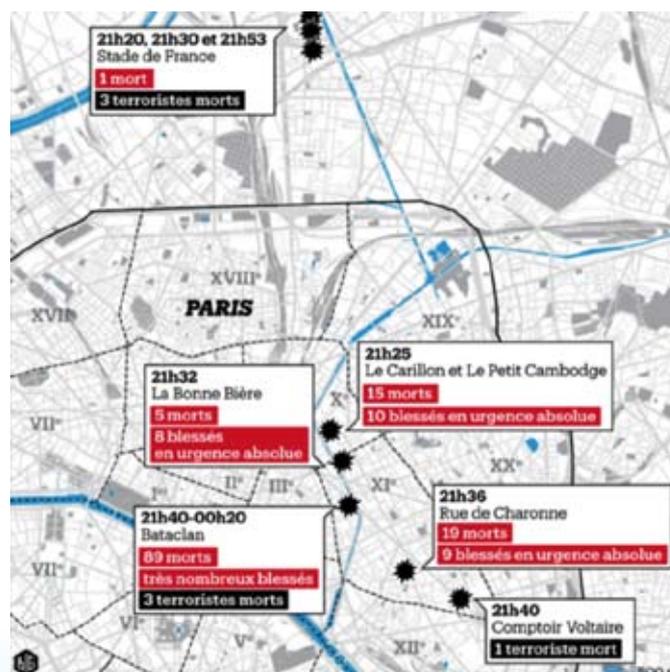
Stade de France

Engagement du SAMU 93 et de la BSPP

avec appui interdépartemental (95 + 92)

- 🚒 Régulation en configuration multisite zonale (tireurs dans Paris dans le même temps)
- 🚒 TRANCHE NORD SAMU 93
- 🚒 plan CAMEMBERT

Les premiers Bilans





Plan multisite

- Le premier site
- Par une UMH et un régulateur de proximité
- Intervention des SMUR = De la périphérie vers PARIS
- (Spécificités chirurgicales) = de PARIS vers la périphérie
- Maintien en réserve des SMUR et des Hôpitaux (potentiel évolutif)
- Principe du découpage en camembert

Stade de France:

- 5 UA,
- > 200 examens médicaux,
- 33 UR
- Application du Plan multisite
- « Camembert » Secteur NORD

Application du Plan multisite « Camembert »

Secteur NORD

Secteur EST

3ème secteur ?



Les sites « fusillades » = une portion

De nombreux autres sites:

- Rue Bichat à côté de St Louis
- Rue de Charonne à proximité de St Antoine
- et alertes multiples gare du nord, République, rue du Temple et dans le XVIe...

Les principes du DAMAGE CONTROL PRE HOSPITALIER

Traitements simplifiés

- Hémorragie externe = Garrot / compression
- Hypotension permissive = Objectif conscience
- Acide tranexamique = 1g / 20 min
- Prévention de l'hypothermie
- O2 et pas d'intubation / ventilation mécanique
- Analgésie limitée
- Evacuation vers Bloc dans les 60 min Max



Application du damage control

Fusillade VS Bombe

Des attentats terroristes différents à Paris

- | | |
|---|--|
| <p>Bombes artisanales
1995 – 6 238 victimes *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de DCD sur place : 3 % <ul style="list-style-type: none"> – Blast primaire • Des UA : 15% <ul style="list-style-type: none"> • Blast secondaire et tertiaire • Beaucoup d'UR : 49 % <ul style="list-style-type: none"> – même mécanisme • Pas mal d'impliqués: 34 % | <p>Fusillades
« Charlie Hebdo »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de DCD sur place
12 DCD <ul style="list-style-type: none"> – Lésions tête cou tronc • Des UA : 4 UA <ul style="list-style-type: none"> – Dont 1 grave avec Hémorragie active • Peu d'UR : 4 UR • Énormément d'impliqués: <ul style="list-style-type: none"> – Plus de 100 !!! |
|---|--|

*Carli et Al, Cur Anest Crit Care 1998 , Prehosp Disaster Med 2003

Le premier examen des victimes

De très nombreux morts sur place dès l'arrivée	Des survivants accessibles au traitement
Thorax	Thorax, plaies soufflantes sans détresse
Crâne	Mb inférieurs
Impacts multiples	Abdomen

Activation de 2 centres de secours BSPP

Des présentations spontanées, hôpital St Louis.



Problématique d'intervention sur le terrain



Le site Bataclan
« La totale !! »



● Impliqués

● UA / UR

Engagement du SAMU 75 et de la BSPP avec appui interdépartemental (92 + 94 + 78 + 91 + 95 + 77 + 93)

- TRANCHE EST (plan CAMEMBERG)
- Durée de l'intervention: 3 heures

- des morts
- des victimes en fuite
- des tireurs en action
- des zones non sécurisées
- des sites non identifiables
- des accès interdits, difficiles

Fusillade avec fuites et extractions spontanées de nombreux blessés en état critique

Nids de blessés et refuges improvisés

Axes de tirs coupant les zones de refuge et les circuits d'évacuation

Prise d'otages en cours

Évaluation de 100 UA supplémentaires possibles

Assaut et bombe humaine kamikaze (évolutivité ?)

Et un commando dans la nature !!!

2 à 3 hommes armés ?



Problématique d'intervention

Décisions opérationnelles

Évacuation des nids de blessés

Mise en place d'un PMA LOURD

Prévoir encore un site d'attaque

Garder des moyens d'évacuation et autant d'hôpitaux que ceux déjà engagés

Mettre en place une possibilité d'extension extra-zonale (Lille, Orléans, Rouen, Amiens...) et hélicoptère: DGS



La régulation des événements en salle de crise zonale

Recruter les moyens SMUR = Les 8 SAMU IDF + BSPP

Déterminer les places de SSPI / BLOC par pathologies dominantes:

- Crâne
- Thorax
- Abdomen
- Orthopédie
- Blast
- Pédiatrie ...



OBJECTIF = ZERO TRANSFERT INTER-HOSPITALIER

Coordination zonale des SAMU IDF

Capacités en UMH :

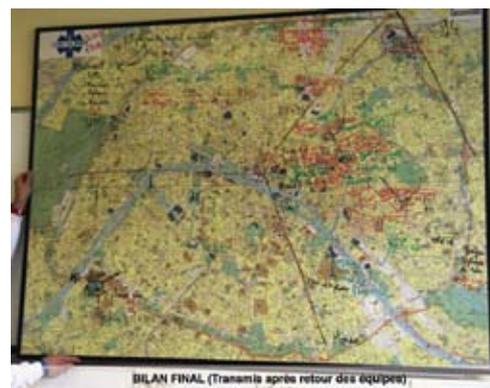
- 45 moyens SAMU sur le terrain
- 25 moyens supplémentaires en attente
- Noria hélico : 9 machines
- 65% des moyens médicalisés engagés
- 35% encore possible (avec le quotidien)
- Activation des renforts extra zonaux

La régulation des événements en salle de crise zonale

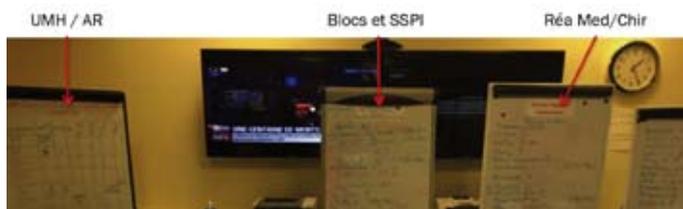
BILANS REMONTES A LA RÉGULATION ZONALE



Ordre chronologique	1	2	3	4
Nom du site	Stade de France	flue Bichat	Bataclan	flue de Charonne
SAMU régulateur	93	75	75	75
UMH sur site	8	9	24	6
UA	6	16	26	7
UR	>30	12	50	32
DCD	3	7	>100	10 ?



Synthèse sur tableaux et papiers/crayons



Les recherches de places hospitalières

Des établissements mis volontairement en réserve

Les admissions hospitalières

Les présentations spontanées

- Saint Antoine
- Saint Louis

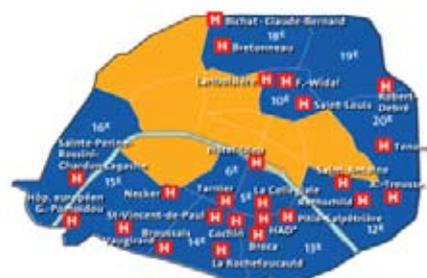
Les évacuations de sauvetage non régulées

- HEGP
- Pitié

Les évacuations régulées ré-orientées pendant le transport

- Bicêtre
- Bégin

Services	Places max théoriques déclarées par les SSPI et blocs	Places UA régulées	Total admissions UA
PITIE	29	10	28
HEGP	29	10	11
SANT ANTOINE	4	3	4
BICHAT	4	4	6
BEAUJON	5	4	4
LARDOISIÈRE	11	5	21
KREMLIN BICÈTRE	8	2	2
HENRI MONDOR	8	3	11
BÉGIN	2	3	NC
SANT LOUIS	5	5	13
PERCI	5	5	7

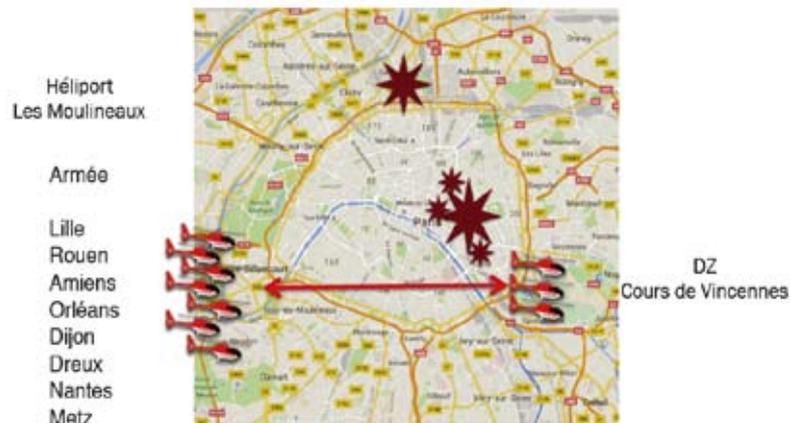


Anticipation d'une noria héliportée

Une fin de nuit dans l'incertitude

- Va t il y avoir d'autres attentats ?
- Levée du dispositif à 5h30
- Réarmement de tous les moyens
- Plan blanc maintenu

Ambiance sécuritaire ou danger imminent ?



De la théorie à la pratique

Le matin du 13 novembre à 9h00, exercice des 8 SAMU et BSPP : 4 groupes de tireurs dans la ville

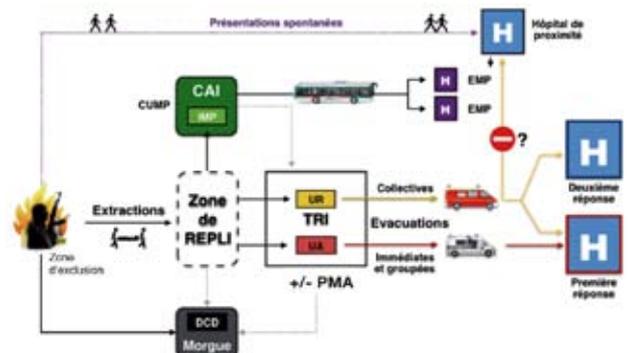
- Scénario basé sur 13 sites, 66 morts, 74 UA, 48 UR
- Régulation zonale avec les SAMU APHP et grande couronne
- Recherches des places par les médecins des réveils APHP
- Simulation d'évacuation groupée des UA

Ce que l'on avait prévu :

- DAMAGE CONTROL, Garrots, Acide tranexamique, objectifs hémodynamiques, thermo protection ...
- Régulation multisite zonale
- Le SAMU communique les "paquets de places" au médecin régulateur local qui régule plus finement les évacuations des UA par groupe de 3 à 5 patients (SSPI / Bloc de Chirurgie thoracique, viscérale, orthopédique, neurochirurgie...)



- ➡ Le SAMU 78 en appui du 92
- ➡ Le SAMU 95 en appui du 93
- ➡ Les SAMU 91 et 77 en appui du 94
- ➡ Chaque tranche est autonome
- ➡ Points de prépositionnement des SMUR de renfort



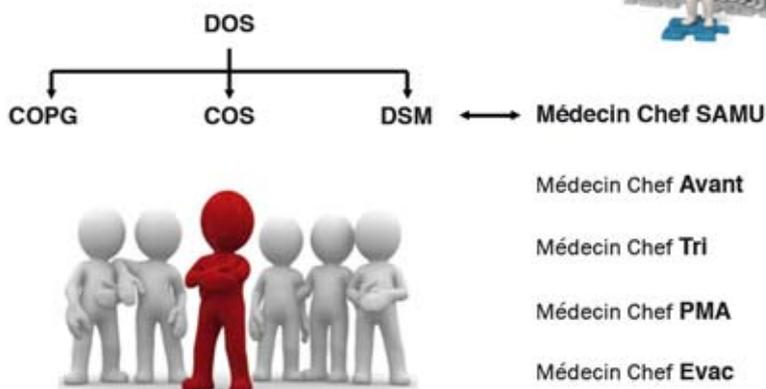


Les chefs identifiés sur chaque site

Bilan final à 5h30

- 381 victimes
- 124 DCD
- 99 UA
- 157 UR
- > 1000 impliqués

Et...
des fausses alertes



De nombreuses pistes de réflexion et d'amélioration

Pistes de réflexion

Quand faut-il travailler en configuration multisite ?

- Dès le deuxième événement ?
- Dès le premier acte terroriste ?
- Mercredi 17 ≠ Vendredi 13

Quand faut-il rappeler les personnels ?

- Dès la confirmation d'un événement multisite :
- bilan médical confirmant le caractère
- « victimes multiples par armes à feu / explosions ».

Que faire en cas de fausses alertes ?

Engagement raisonné et rapidement réversible

Intérêt des extractions rapides des victimes de la « zone d'exclusion »

- Il faut des bras
- Il faut des brancards

Intérêt des évacuations groupées

si réalisées rapidement avec une destination unique doublent la capacité de surveillance et de soins (le médecin dans le véhicule A, l'infirmier dans le véhicule B...)
 EU = évacuation immédiate sur SSPI / bloc de proximité
 U1 = évacuation hélicoptère envisageable
 Intérêt d'évacuations directes sans passer par le PRV / PMA mais après un tri médical +++
 Anticipation des transports hélicoptères
 Danger - des évacuations sans régulation
 - des secours non médicalisés
 Intérêt du tri médical systématique à l'arrivée à l'hôpital

Où et Quand s'arrête l'attaque terroriste ?
 Quand rééquilibrer les tranches du plan ?
 Quand libérer les SMUR et les hôpitaux de réserve ?
 Incertitude pendant longtemps
 D'autres attentats étaient prévus dans le XVIIIème !
Il faut organiser les relèves dès 4h30 du matin...

La communication multisite et interservice:

Limites d'ANTARES dans son état actuel de déploiement
Limites des communications téléphoniques des opérateurs publics
Limites de l'utilisation des systèmes d'identification des victimes, des SI SAMU & Web

Impact psychologique sur les équipes

Contexte très psychotraumatisant



Stella VERRY

Formations complémentaires

Protection des équipes
Formation spécifique AHPH en cours
Standard National ?

Vous avez été sollicité comme renfort extra zonal ?

- Témoignage des SAMU de zone voisine

Et si cela se passe demain chez vous en province ?

- Témoignage d'un SAMU non impliqué



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



Clauses Techniques Particulières d'un Véhicule de Liaison Médicale



Jean Marc LACASSAGNE
Luc PLANA

CCTP Sport Utility Véhicule



La genèse du CCTP

- ↘ Organisation du SMUR de Toulouse
- ↘ Spécificités et généralités des véhicules SMUR
- ↘ Missions d'un Véhicule Léger SMUR

Caractéristiques de base des véhicules légers de liaison médicale

- Chassis
- Les équipements
- Les aménagements
 - Habitacle
 - Coffre
 - Alimentation électrique
 - Branchements radio-communication

Caractéristiques des véhicules légers de liaison médicale

- Modèle et configuration
- Motorisation et transmission
- Sécurité
- Géolocalisation et aide à la navigation

- Confort
- Environnement et nuisance

Caractéristiques spécifiques des VL SMUR : la signalisation

- Signalisation permanente de la carrosserie
- Signalisation lumineuse
- Signalisation sonore
- Les commandes des signalisation lumineuses et sonores



Caractéristiques spécifiques des VL SMUR : l'aménagement intérieur

- L'habitacle
- Le coffre

Les modalités et délais de livraison

- Généralités
- La garantie : durée et nature
- Les modalités de livraison
 - La livraison
 - La visite de conformité
 - La prise en main des véhicules
- Les délais de livraison



Les caractéristiques spécifiques des VL SMUR : les branchements pour les équipements électriques et de radio-communication

- Les branchements électriques
- Les équipements de radio-communication



Un ennemi : le poids

- Le personnel (4 voire 5 au SMUR de toulouse) : environ 400 kg
- Le matériel embarqué : environ 120 kg
- Attention au PTAC +++

OLFADIEZ  **STRACOMM**

Communiquons par l'émotion

Objets Publicitaires Cadeaux d'affaires Textiles Calendriers, Agendas Adhésifs ...	Logos Plaquettes Affiches Catalogues ...	Sites Internet Stands Enseignes
--	---	---------------------------------------

 Parc d'activités du Moulin
Chemin de Bois Bernard
62110 HÉNIN-BEAUMONT

 **Tél. 03 21 70 33 36**
Fax : 03 21 70 00 20
E-mail : agence@olfadiez.fr

 Olfadiez Stracomm
www.olfadiez-stracomm.com

AGENCE DE COMMUNICATION GLOBALE

 **Agence Olfadiez** 
CONSEIL ET CRÉATION

 **STRACOMM**
OBJETS PUB.

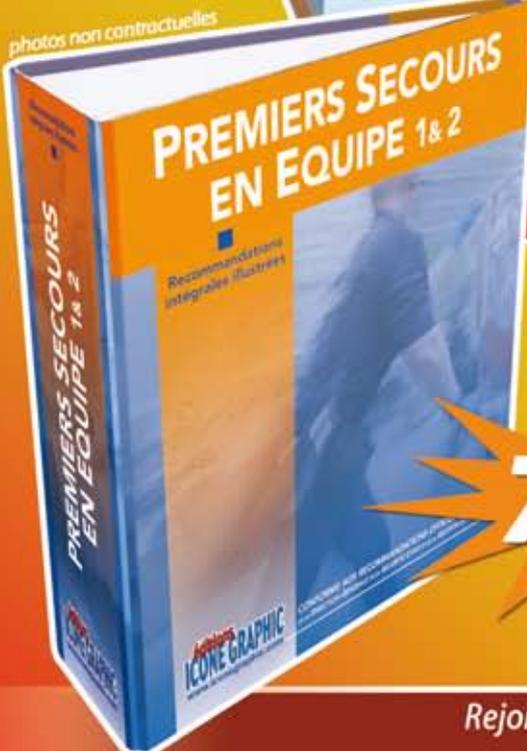
 **SMS Pub** 
MARQUAGE

 **MICRO PROXY**
WEB

Les FICHES ILLUSTRÉES des PREMIERS SECOURS



© Editions Icone Graphic - B.P.7 - 59133 PHALEMPIN - RCS Lille - 378 607 964 - SIREN : 378 607 964 00046 - Code APE NAF : 7311 Z - N° de TVA intra-communautaire : F 76 378 607 964



29€

Ref. RECPSE

Format 16 X 24 cms - 680 pages

Fiches conformes aux arrêtés du 16 et du 19 janvier 2015
et aux recommandations officielles DGSCGC

Ref. CLPSE

Classeur facilitant l'organisation des mises à jour
et permettant de séquencer les fiches suivant
le Référentiel Interne de Formation de l'autorité d'emploi.

7€

Rejoignez-nous www.iconegraphic.com
catalogue PDF téléchargeable



Chariot Brancard CROSS CHAIR

La société SPENCER conçoit et fabrique en Italie une gamme complète de dispositifs d'immobilisation et d'évacuation pour les professionnels de l'urgence et des premiers secours.

La société SCHILLER est depuis 2014 le distributeur officiel des produits SPENCER en France.

Concepteur de chaises portoir et de chariots brancards hauts de gamme pour ambulances, le CROSS CHAIR est une innovation qui va simplifier la prise en charge des patients.



Le CROSS CHAIR est un dispositif regroupant un chariot porte brancard pour ambulances homologué EN 1789 sur lequel se fixe un brancard amovible. Ce brancard offre la particularité de pouvoir se transformer en chaise (fauteuil portoir) muni de roues.

L'avantage de ce dispositif est de simplifier les opérations de brancardage en évitant de déplacer le patient de la chaise portoir au brancard de l'ambulance. Ainsi, le patient est installé sur une chaise qui se convertira en brancard au moment où il doit être installé dans l'ambulance.



Le chariot CROSS CHAIR peut également être livré avec un brancard traditionnel (non convertible en chaise portoir) mais permettant d'y loger un plan dur.

Ce système très ingénieux permet également de limiter le poids et l'encombrement de l'ambulance car il n'est plus nécessaire d'avoir une chaise portoir supplémentaire.



Ce produit a été sélectionné par l'UGAP pour les années 2016-2018

A retenir : Principales qualités des chariots brancards SPENCER

- Stabilité : Le chariot ne bascule pas quand le patient est assis sur l'avant grâce à la forme des béquilles arrière
- Robustesse : Couche patient roto moulée en polyéthylène ultra
- Système de sécurité : Passage en position intermédiaire qui doit être réalisé de manière volontaire : Impossible de replier les béquilles du chariot brancard même si on appuie par inadvertance sur une poignée.
- Relève buste qui ne nécessite pas d'actionner de manette
- Roues arrière qui se repositionnent automatiquement dans la bonne position lors du chargement du chariot brancard dans l'ambulance

- Freins accessibles sur roues arrière directement par la personne qui manœuvre le chariot
- Barrières avec système de déverrouillage sécurisé car l'ouverture nécessite l'utilisation des deux mains (le patient ne peut pas les déverrouiller lui-même)
- Possibilité d'utiliser des ceintures avec enrouleur dont le mécanisme s'intègre dans la couche patient
- Nouveau système d'ancrage « SHARP » qui permet de déverrouiller le chariot brancard avec une manette installée directement sur le chariot.

Le CROSS CHAIR

sera présenté en avant première au congrès de l'AFASH qui se déroulera au circuit du MANS du 15 au 17 mars 2016.



BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE Résolument secteur public

Dédiée aux agents du secteur public, l'action de la Banque Française Mutualiste (BFM) est guidée par quatre valeurs fondamentales : solidarité, simplicité, responsabilité et respect de la personne.

Créée en 1986, à l'initiative des mutuelles de la Fonction publique pour accompagner leurs adhérents au quotidien, la BFM propose des services bancaires performants tout en restant fidèle à ses valeurs mutualistes :

- pour concrétiser leurs projets avec un prêt dédié à taux attractif,
- pour épargner et prévoir le futur en toute sérénité avec un livret doublement gagnant,
- pour construire leur projet avec une offre immobilière associée à une assurance de prêt,

UNE BANQUE ORIGINELLE

Les valeurs de la BFM se traduisent aussi dans son bilan financier.

Pas de profit pour le profit : elle a choisi de réinvestir une partie de ses bénéfices dans des produits solidaires et d'améliorer les conditions de son offre. Ainsi, c'est de la solidarité en action !

En ne spéculant pas avec les dépôts de ceux qui lui font confiance, la BFM renoue avec l'origine même de la banque : les fonds mutualisés servent avant tout aux clients eux-mêmes.

UNE BANQUE ORIGINALE

La BFM est une banque originale dans son organisation : sans guichet et pourtant proche de ses clients, elle distribue son offre bancaire via les 2 200 agences de son partenaire historique Société Générale et s'appuie sur un réseau de 5 000 correspondants mutualistes qui vont, chaque jour, à la rencontre des agents du secteur public.

UNE BANQUE CITOYENNE

Aujourd'hui, avec 1,2 million de clients, la BFM est la seule banque en France dont le capital est intégralement détenu par des mutuelles.

Attachée à cette identité, la BFM place l'intérêt de la personne avant l'intérêt financier.

Sa préoccupation permanente est la création de produits et de services adaptés et de qualité, afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques de ses clients.



Banque Française Mutualiste (BFM), Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 186 277,75 euros. Siège social : 1 place des Marseillais – 94220 Charenton-le-Pont. RCS Créteil 326 127 784

AFASH TV



AFASH TV est la chaîne nationale de la communauté des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers hébergée sur Youtube.

Cette chaîne, depuis maintenant quatre ans, est animée par David SOULES ambulancier SMUR sur le CHU de Toulouse Purpan. Il assure durant les journées d'études et de formations de l'AFASH le tournage de cet événement annuel afin de le mettre en images dans un montage vidéo et le publier afin d'être vu par tout les gens qui s'intéressent de près ou de loin à notre activité.

De plus vous pouvez retrouver dans la playlist de la chaîne certains sujets traités lors de ces journées d'études et de formations.

Dans un monde où la communication est un élément incontournable du progrès, il n'y a rien de mieux

aujourd'hui pour être vu et entendu de tous que d'utiliser la vidéo.

Mieux qu'un communiqué écrit afin de donner des informations sur l'évolution de notre activité, les futurs reportages qui seront fait peuvent mettre en valeur les compétences individuelles ou collectives des ambulanciers hospitaliers au travers de leur travail quotidien.

C'est pourquoi si vous voulez mettre en lumière une spécificité de notre activité David SOULES au travers de l'AFASH TV peut se mettre à votre disposition pour diffuser à l'ensemble de la profession votre projet audiovisuel.

Alors pour rester au plus près des évolutions de notre activité n'hésitez surtout pas à venir nous retrouver sur Youtube en tapant AFASH TV.



Messieurs
Jean Michel LE STRAT
et Damien TISSERAND

SMUR de BELFORT

L'essayer c'est l'adopter !

Retour sur une invention présentée lors du congrès AFASH de Nîmes en 2013 et qui depuis séduit de plus en plus d'hôpitaux. FIXEO®, le dispositif de contention inventé (et breveté) par deux ambulanciers de l'Hôpital Nord Franche-Comté, est sur le marché depuis 2 ans et accompagne de plus en plus d'équipes hospitalières de secours aux quatre coins de la France.

Biographie rapide du dispositif

- Fin 2010 – Présentation de l'invention à la direction de l'hôpital Nord Franche-Comté puis à l'encadrement de pôle
- Avril 2011 – Confection du premier prototype
- Juin 2013 – Présentation au congrès AFASH de Nîmes
- Mai 2014 - 1er prix de l'innovation de la FHF au salon de la santé et de l'autonomie à Paris
- Janvier 2016 – 36 dispositifs vendus depuis la mise en vente en 2014

Les avantages de FIXEO®

Il peut transformer tous les lits ou brancards en dispositif pré-équipé spécial contention. Il permet de prendre en charge les patients agités à domicile (sortie SMUR) et de le laisser conditionné dans le dispositif du début de l'intervention jusqu'à



sa prise en charge par un établissement spécialisé. Le transfert de brancard à brancard et de brancard à lit s'effectue sans détacher la personne agitée. Évidemment le dispositif s'adapte à toutes les tailles. Il a surtout l'avantage d'être léger (6,5kg), peu encombrant, rapide à installer et nettoyable par simple pulvérisation de produit désinfectant, donc réutilisable immédiatement. Une simple démonstration suffit pour apprendre à utiliser ce matériel. Un marquage sérigraphié porte les consignes à suivre sur chaque partie du dispositif et évite ainsi toute erreur dans la marche à suivre.



De plus en plus d'hôpitaux équipés

Depuis 2013, les deux ambulanciers inventeurs, Jean-Michel LESTRAT et Damien TISSERAND et l'Hôpital Nord Franche-Comté pour lequel ils travaillent, sont tenus par un contrat de distribution exclusive avec la société ADHÉSIA qui commercialise des dispositifs et des équipements médicaux destinés notamment à la

communauté hospitalière. Les dispositifs FIXEO® sont, quant à eux, toujours fabriqués par l'Entreprise de Luc ERKEL, artisan sellier et meilleur ouvrier de France, dans l'aventure depuis le début. C'est déjà qui avait fabriqué le premier prototype. Aujourd'hui ce dernier assure également le service après-vente.

En mars 2016, nos deux inventeurs seront sur le stand d'ADHÉSIA lors du congrès AFASH. Parce qu'on ne se "détache" pas comme ça de FIXEO®, nos deux inventeurs continuent à en assurer la promotion dès que cela leur est possible. Évidemment l'Hôpital Nord Franche-Comté possède deux dispositifs FIXEO®, mais ce n'est pas le seul. Plus d'une vingtaine d'hôpitaux est équipée, souvent de deux dispositifs, pour ne jamais avoir à s'en passer en cas de besoin. Car pour ceux qui n'en ont pas encore fait l'expérience, rien de bien nouveau sous le soleil. Mais pour les hôpitaux qui en possède un, impossible maintenant de s'en passer.

Comme le précise fièrement les deux inventeurs « l'essayer c'est l'adopter ». Les équipes hospitalières de secours qui le possèdent vous le confirmeront.

Descriptif technique

Dispositif en PVC souple ou semi rigide (dimensions 55 x 183 cm) équipé de :

- 5 sangles à serrage rapide avec boucles sécurisées (impossible de les déverrouiller accidentellement : le déverrouillage nécessite une pression simultanée sur les 2 boutons presseurs) afin d'arrimer solidement le dispositif au brancard ou au lit.

Ce dispositif est équipé de maintien thoracique avec bretelles réglables en hauteur, ventral, pelvien et membres inférieurs de type bandes PVC avec velcros.

- 6 passants en nylon permettent d'arrimer les brins des sangles de poignets et chevilles (2 pour les poignets, 4 pour les chevilles).

Les passants pour fixer les sangles de poignet sont fixées à l'extérieur de la ventrale afin de conserver l'accès au bras du patient pour éventuelle pose de voie veineuse périphérique.

- 6 poignées disposées de chaque côté du dispositif permettent de porter le patient installé sous contention.

Question écrite N°14200

Situation des ambulanciers

14^e législature

Question écrite n° 14200 de M. Philippe Mouiller (Deux-Sèvres - UMP)

publiée dans le JO Sénat du 18/12/2014 - page 2782

M. Philippe Mouiller attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur les revendications portées par les ambulanciers hospitaliers et les ambulanciers des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Depuis de nombreuses années, ces personnels, considérés comme personnels techniques, demandent leur reconnaissance comme personnels actifs. Ils souhaitent voir leur profession reconnue comme paramédicale.

À ce jour, leur demande n'a pas abouti et les arguments qui leur sont opposés ne leur semblent pas convaincants.

Ainsi, la liste des emplois de la fonction publique hospitalière qui sont classés en catégorie « sédentaire » date du 12 novembre 1969, alors que le service d'aide médicale urgente – SAMU a été créé en 1983.

Cet arrêté fait majoritairement référence à la notion d'emploi comportant un contact direct et permanent avec les malades.

Cette définition semble correspondre au métier d'ambulancier, puisque, dans les intitulés des différents modules de formation nécessaires à l'obtention du diplôme, il est mentionné que l'ambulancier doit, dans une situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient (module 1), qu'il apprécie l'état clinique d'un patient (module 2), qu'il doit savoir établir une communication adaptée au patient et à son entourage (module 5), qu'il doit rechercher, traiter, et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins (module 7).

De plus, depuis 2006, les ambulanciers disposent d'une passerelle commune d'aide-soignant.

Compte tenu de ces éléments, il lui demande de bien vouloir lui préciser ce qui s'oppose à ce que les ambulanciers soient reconnus comme personnels « actifs » et leur profession, profession paramédicale.

Réponse du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

publiée dans le JO Sénat du 15/10/2015 - page 2430

Les ambulanciers exerçant dans la fonction publique hospitalière font partie du corps des conducteurs ambulanciers régi par le décret n° 91-45 du 14 janvier 1991 modifié, portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la fonction publique hospitalière. Leur statut particulier prévoit que les conducteurs ambulancier ont pour mission « d'assurer le transport des malades et blessés et la conduite des véhicules affectés à cet usage », de participer, « le cas échéant, à l'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation » ; quant à ceux qui sont dans un grade d'avancement, « ils peuvent être chargés de fonctions de coordination ». Leur mission principale est donc de conduire les véhicules affectés au transport de blessés et de malades. Il n'est pas prévu de les rattacher à la filière des personnels paramédicaux. Les emplois classés dans la catégorie active présentent un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles justifiant un départ anticipé à la retraite. L'appartenance à cette catégorie ne dépend pas uniquement du grade détenu par le fonctionnaire, mais aussi et surtout des fonctions qu'il exerce. Certains emplois de la fonction publique hospitalière ont été classés en catégorie active par un arrêté interministériel du 12 novembre 1969 modifié, en dernier lieu, en 1979. Cet arrêté ne mentionne pas les emplois d'ambulancier car il a été considéré, à l'époque, qu'ils ne présentaient pas des sujétions et contraintes justifiant un tel classement. Plusieurs études ont par ailleurs été réalisées sur la prise en compte de la pénibilité tant dans la fonction publique (étude du Centre national de la fonction publique territoriale publié en octobre 2014) que dans le secteur privé (étude DARES de décembre 2014). Elles proposent notamment de développer les dispositifs de prévention de la pénibilité, d'ajuster le périmètre des emplois classés en catégorie active sur la base des résultats de la cartographie actualisée des métiers exposés aux facteurs de pénibilité, de réaliser une étude sur les modalités d'application et la transposition du compte personnel de prévention de la pénibilité dans la fonction publique. Pour éclairer le Gouvernement sur l'ensemble de ces sujets et les moyens d'améliorer la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique, l'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des affaires sociales ont été saisies d'une mission conjointe sur le sujet. Elles devraient rendre leur rapport fin 2015. Par la suite, des discussions seront engagées avec les organisations syndicales représentatives dans la fonction publique sur la base de l'état des lieux et des préconisations qui auront été faites. Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux par cette mission conjointe et d'un éventuel accord au niveau de l'ensemble de la fonction publique, il n'est pas prévu de faire évoluer la liste des emplois de la fonction publique hospitalière classés en catégorie active. Concernant la formation des conducteurs ambulanciers de la fonction publique hospitalière, les travaux d'actualisation sont en cours sous l'égide du ministère chargé de la santé.



www.phenylcetonurie.org

ASSOCIATION NATIONALE
DE PARENTS D'ENFANTS ET D'ADULTES
ATTEINTS DE MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES
NECESSITANT UN TRAITEMENT DIETETIQUE

**NOTRE ACTION VOUS TOUCHE ? VOUS DESIREZ NOUS AIDER ?
RENVOYEZ CE DOCUMENT À :**

✉ **Véronique BERTHE-DEQUIN 1043 rue de la Vacquerie 59283 Moncheaux**

Société (le cas échéant) :

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Téléphone :

Courriel :@.....

Motif du don :

(Préciser le cas échéant le nom du spectacle ou le nom de la famille touchée par la maladie)

- Je fais un don, je joins un chèque de à l'ordre des « Feux Follets », un reçu fiscal me sera adressé
- Je voudrais adhérer à l'association (35 €/ an), un bulletin d'adhésion me sera adressé
- Je souhaite plus de renseignements, je serai contacté(e) par téléphone

Siège social : 15, rue Marcel Paul 42230 ROCHE LA MOLIERE
Tél. : 09 75 24 25 75 – Email : lesfeuxfollets@phenylcetonurie.org - Site web : <http://www.phenylcetonurie.org>
Association loi 1^{er} Juillet 1901, déclarée à la préfecture de la Loire sous le numéro 0423003469

Les Feux Follets sont exclusivement gérés par des bénévoles qui offrent chaque jour de leur temps et de leurs compétences pour aider toutes les familles à vivre au mieux le régime. Les ressources financières sont : les adhésions, les dons des entreprises ainsi que les dons des particuliers ou les dons d'associations. (déductible des impôts.)

Grâce à vos dons, l'association a proposé 3 cours de cuisine par vidéo-conférence cette année; Un nouveau Week-end adultes sur 3 jours est prévu au printemps 2016.

Nous n'avons pas su mettre en place le Camp PCU des 7-11 ans mais nous gardons espoir pour 2017 qui sait ?

Nous vous remercions sincèrement par avance de souhaiter faire profiter à nos enfants et adultes adhérents d'un soutien dans l'amélioration de leur quotidien et restons dans l'attente de vos bonnes nouvelles !

Merci L'afash !

20 ans d'expérience dans un cadre légendaire

Formations spécifiques à la conduite en intervention d'urgence!

La conduite en intervention d'urgence

20 ans d'expérience dans un cadre légendaire

L'Automobile Club de l'Ouest propose des formations adaptées à votre métier

Parce que la conduite en intervention d'urgence nécessite des compétences particulières, l'Automobile Club de l'Ouest vous propose des programmes de formation adaptés à votre métier.

- conduite rapide et préventive
- conduite de nuit
- gestion des espaces de sécurité avec reproduction des flux de circulation
- perte d'adhérence
- freinage d'urgence avec évitement d'obstacle
- etc...

L'objectif commun à l'ensemble de nos formations est de mieux appréhender les situations d'urgence afin de réduire au maximum votre exposition au risque ainsi que celle des autres usages de la route.



POURQUOI TRAVAILLER AVEC L'AUTOMOBILE CLUB DE L'OUEST ?



- .Formations adaptées à la conduite des conducteurs SAMU/SMUR
- .2 niveaux de formation avec exercices spécifiques conduite SAMU/SMUR :
départ sur intervention, conduite rapide et préventive, conduite de nuit, etc...
- .Uniquement des conducteurs SAMU/SMUR présents sur ces formations
- . Encadrement pédagogique rapproché
1 formateur pour 3 stagiaires en pratique soit :
 - 4 formateurs sur la formation si 12 stagiaires sur la formation
 - 3 formateurs sur la formation si 9 stagiaires sur la formation
 - 2 formateurs sur la formation si 6 stagiaires sur la formation
- .Formations avec **2/3 de pratique**
- .Pratique avec **berlines et ambulances type UMH** (si besoin)
- .Contenus de formations niveaux 1 et 2 **actualisés et validés par des Ambulanciers SMUR et après immersion d'un de nos Formateurs au sein d'un service SAMU/SMUR**
- .Conduite sur piste
- .Expérience reconnue sur ce type de formation depuis plus de 20 ans
- . Référencé auprès de **154 Centres Hospitaliers** (références en pièce jointe)
- . Reconnu dans le cadre de la formation continue avec n° d'agrément
- .Référencé auprès de l'A.N.F.H.

Planche à masser

Olivier LEBON
(ADE-SMUR) - 2015
Formation des I.D.E –
déchocage S.A.U. & SMUR
CHRU Nancy
SAMU54 - SMUR de Nancy

La planche à masser a-t-elle un intérêt dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque?

1. Les différents types de planche à masser

Lucas de Jolife AB



Système Thumper®

L'autopulse de ZOLL



2. Mise en œuvre :

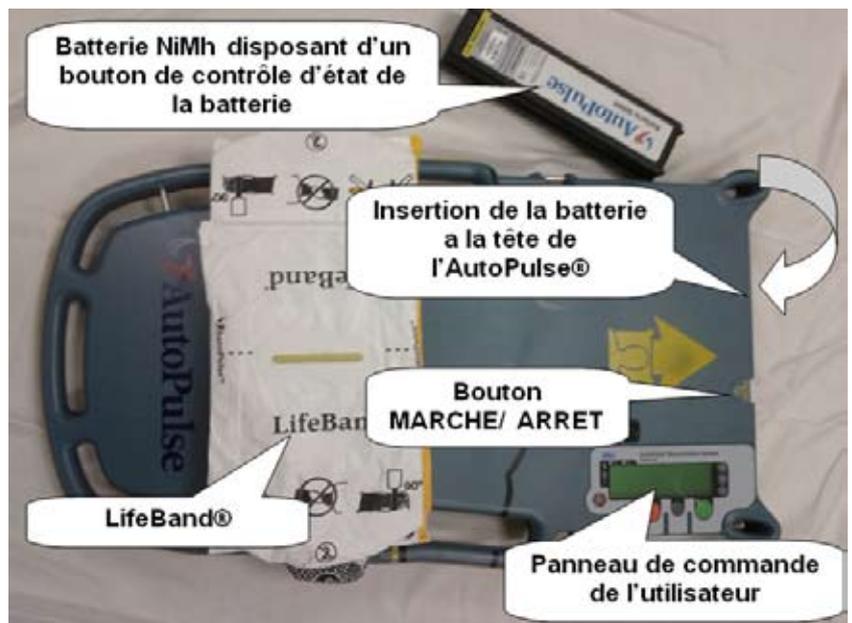
L'AutoPulse est une planche qui se place sous le malade. Une sangle à usage unique ceinture le thorax du patient.

Cette sangle, reliée à un moteur, s'ajuste automatiquement au thorax du patient.

Les compressions thoraciques se font ensuite par réduction intermittente de la sangle. La striction réalisée entraîne la compression du thorax et permet d'assurer un débit cardiaque.

Le poids total du dispositif batterie comprise est de 12,5 kg.

L'AutoPulse peut être utilisé chez les patients n'excédant pas 150 Kg et dont le périmètre thoracique est d'environ 50 cm.



Composition de la planche à masser autopulse de ZOLL

Composition :

AutoPulse et ses annexes doivent toujours être prêt à l'emploi pour une installation rapide...

- Housse plastique de protection à usage unique.
- Une sangle de compressions thoracique LifeBand à usage unique.
- Batteries Nickel-Metal Hybride NiMh.
- Sangles de maintiens ou Têtière (à monter une fois le patient installé).

Indication :

Le système AutoPulse est conçu pour être utilisé en tant que support de la RCP manuelle.

Mise en place :

La planche est glissée dans le dos du patient préalablement déshabillé.

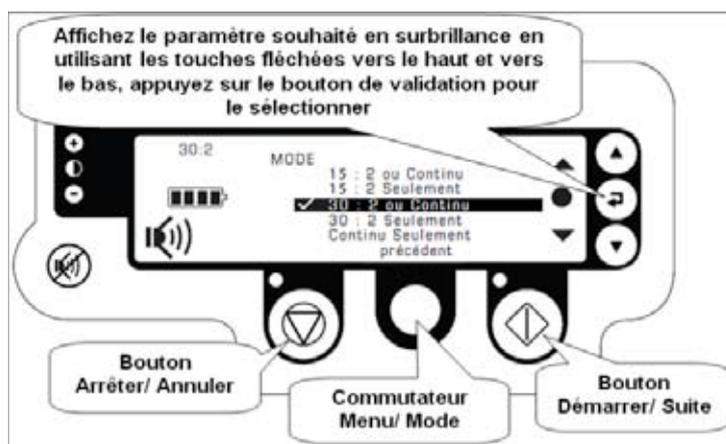


Rabattre la sangle 2 sur la sangle 1 à l'aide de la bande Velcro®.

Appuyer sur le bouton vert Démarrer/Suite afin de lancer l'analyse... L'AutoPulse ceinture automatiquement le patient.

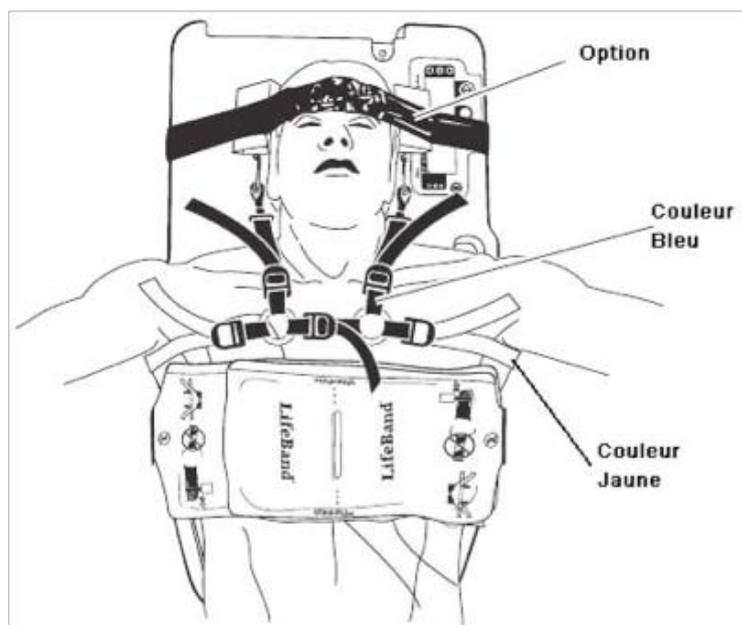


Sur prescription médicale : Modifier les modes de compressions.



Lors du transport du patient, soulevez ensemble, patient - plateforme AutoPulse sur le dispositif de transport (par exemple, un brancard, plan dur...)

Sangler uniquement la plateforme AutoPulse au dispositif de transport ainsi que les membres inférieures du patient.





ou Têtière

Surveillance :

- > Bonne installation du patient.
- > Niveau des batteries : Batterie NiMh rechargeable, d'une durée d'environ 30 min d'utilisation.

Entretien :



DASRI, la housse plastique de
LifeBand

opareil sont effec-
rs en vigueurs,
batteries,

**Signaler tous
problèmes ou
dysfonctionnements
aux cadres.**

Comment changer la LifeBande ? :

Hôter la Housse de protection plastique
et retourner l'Autopuls

Ouvrir les jupes latérales

En utilisant les deux mains, pincez les languettes
de verrouillage de la plaque de couverture et la
Lifeband et tirer la plaque vers le haut et loin de
la plate-forme AutoPulse



Pressez fortement sur le disque blanc

Lever votre Lifeband vers le haut afin de faire sortir
le guide de son logement.



Jeter votre LifeBand dans un sac DASRI.

**EFFECTUER LA MANŒUVRE INVERSE, POUR LA MISE EN
PLACE DE LA LIFE BAND**

L'inventaire de l'Autopuls et la rotation des batteries
doivent se faire tous les 24h. N'oubliez pas de remplir
la feuille de traçabilité.

Au choc : IDE / Au Smur : ADE

Rôle de la planche à masser :

- Compressions thoraciques
sur un plan dur
- Installation rapide
- Relevage facilitée
- 2 modes de fonctionnement
continu ou 30/2 (selon modèle)



- Régularité (fréquence et profondeur)
- Moins de traumatismes
- Choc électrique possible

Amélioration des constantes sur le patient

- Hémodynamique
- Circulation sanguine

AVANTAGES :

- Transport
- Personnel libre, pénibilité réduite
- Sérénité
- Massage ininterrompu
- Autonomie
- Coronarographie

PRONOSTIQUE :

- ACR réfractaire (après 30' de RCP et normothermie)
- Don d'organe (PMO)

4. Contre-indications et limites

LIMITES DE LA SANGLE THORACIQUE :

- Patients obèses (136 kg),
- Patient adulte de +18 ans,
- Périmètre thoracique (76 à 130 cm),
- Largeur Thoracique (25 à 38 cm),
- Patient polytraumatisé.

Coût du dispositif

- Prix initial (17 000 Euros),
- Prix des batteries aux Lithiums (900 Euros),
- Chargeur double entrée (750 euros),
- Prix sangles thoraciques (70 Euros),
- Maintenance et entretien...

Lieu d'intervention

- Zone sableuse (Plages),
- Zone en pente (45 °max),
- Liquides physiologiques (Sang, urine, vomis...),
- Conditions météorologiques (Orages).

PEUVENT ENDOMMAGER L'APPAREIL !

Conclusion

« La planche à masser sauve-t-elle des vies ? »

Elle garantit une meilleure qualité de prise en charge. Comparé à des compressions thoraciques manuelles, la planche à masser permet une régularité et une efficacité continue, permettant une meilleure hémodynamique et perfusion tissulaire.

Attelle DONWAY

Olivier LEBON
CHRU NANCY
SAMU 54 - SMUR DE NANCY



1 - Différents types d'Attelles

ATTELLE DE TRACTION FERNO 444 modele adulte



ATTELLE DE TRACTION PEDIATRIQUE



ATTELLE DE TRACTION CT6

2. Description

L'Attelle Donway est un cadre rigide métallique sur lequel repose le membre intérieur à l'aide de sangles. Un bourrelet circulaire prend appui sur l'aile iliaque et la branche ischio-pubienne, permettant de réaliser une traction sur le membre inférieur.

POINTS FORTS :

- Souplesse de la traction pneumatique,
- Permet un étirement de la jambe aussi bien à droite qu'à gauche,
- Mise en place rapide,
- Construction robuste en aluminium laqué, avec pistons télescopiques actionnés par une pompe manuelle,
- Manomètre de pression et de contrôle de la tension,
- Anneau ischiatique, courroies repose-jambe et sangles d'immobilisation

Composition :

- Une sangle bourrelet avec fixation.
- Un cadre métallique avec manomètre.
- 2 sangles PVC noire.
- Une pompe avec raccord.
- Une housse de protection.

Indication :

Fracture de la diaphyse fémorale.
Cette attelle permet le réalignement de la fracture et de limiter la douleur.

L'attelle doit être laissée en place jusqu'à l'intervention chirurgicale.

3 - Mise en place

CONTRE INDICATIONS : SUSPICION FRACTURE DU BASSIN et / ou TIBIA - PERONE

Point important avant de commencer à mettre en pression :

Le talon doit se trouver à la base de la plate forme. Le pied bien à plat à 45°.

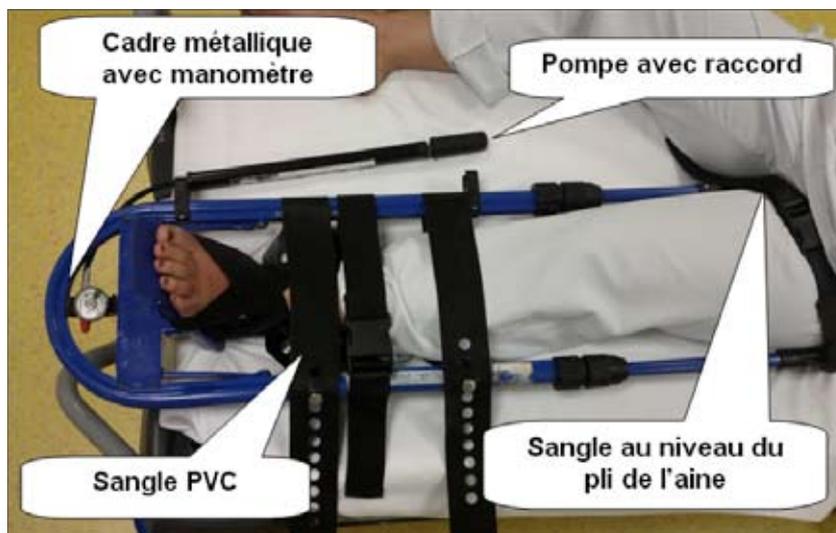
Puis former un 8 avec les sangles.

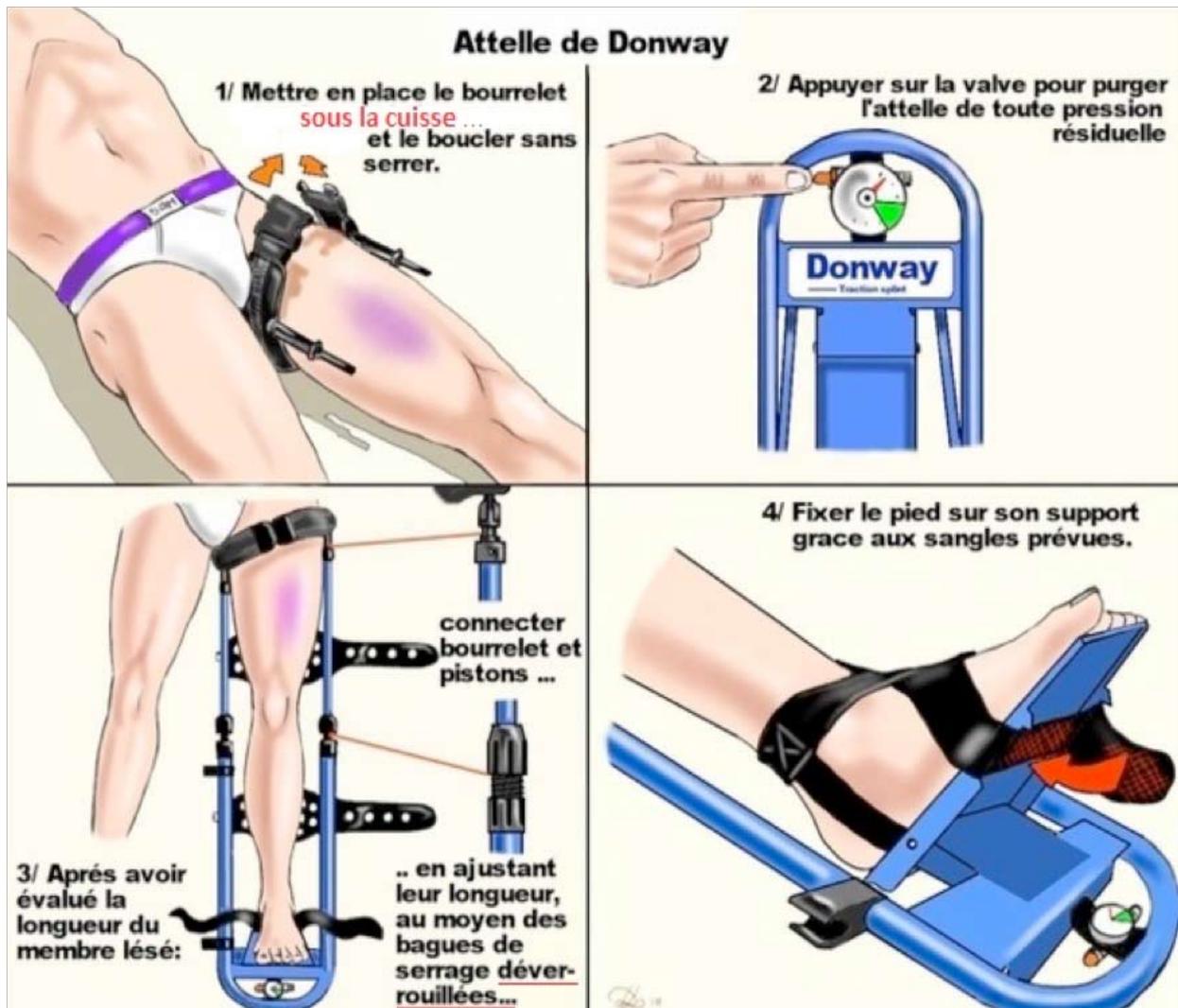


Gonfler l'attelle jusqu'à ce que l'aiguille du manomètre soit dans la zone verte

Évacuer l'air en appuyant sur le bouton orange du manomètre.
L'attelle ne doit jamais être sous pression. ▼

Serrer les deux vis afin de maintenir la traction
▶ la traction





4 - Surveillance

- Douleur.
- Couleur du membre.
- Persistance ou réapparition des pouls distaux.
- Signes évocateurs d'une embolie graisseuse (conscience, fréquence respiratoire, saturation, signes cutanés).

5 - Entretien

Le nettoyage et la désinfection de l'appareil doit être effectués avec les protocoles hospitaliers en vigueur.

Signaler tous problèmes ou dysfonctionnements aux cadres.

L'inventaire de l'Attelle Donway et la mise en place d'un test de pression sont à faire à chaque inventaire. Afin de contrôler la pompe et l'ensemble des éléments sous pression.



Découvrez vite le nouveau site www.gifa-ambulances.fr !

Gifa Ambulances

Des solutions innovantes
de PRODUITS et de SERVICES

🏠 CONTACT MON COMPTE COLLET FUNÉRAIRES GIFA COLLET 🔍

AMBULANCES A1 | AMBULANCES B/C | CONTACT COMMERCIAL | AMB BARIATRIQUES | OCCASIONS | MATÉRIEL MÉDICAL | SERVICES



Locations



Gamme



Occasions disponibles



Neuf disponible



SAV



Petites annonces

Qualité, confort, sécurité

Gifacollet est un carrossier - constructeur français d'ambulances qui développe son expertise auprès des ambulanciers privés, centres hospitaliers et associations.

Que disent les textes de Loi



Les sanctions pour conduite sous l'influence de stupéfiants sont... légales

Conduire sous l'influence de stupéfiants est une infraction sanctionnée de 2 ans d'emprisonnement et de 4 500 € d'amende. Un automobiliste a mis en cause la validité constitutionnelle de cette disposition législative, arguant qu'aucun taux minimum ne caractérisait cette infraction et qu'aucune durée entre la prise de stupéfiants et l'infraction n'était indiquée.

La Cour de cassation, saisie de cette question prioritaire de constitutionnalité, a mis fin aux espoirs des automobilistes qui abusent de substances illicites. Sa décision du 9 décembre dernier est claire : le législateur n'a nullement violé les droits que la Constitution protège en créant cette infraction.

Pour les magistrats de la haute Cour, « le législateur a entendu que l'infraction soit constituée dès lors que l'usage de stupéfiants est établi par une analyse sanguine ». Ils précisent également que c'est au pouvoir réglementaire, en l'état des connaissances, de fixer les seuils minima de détection témoignant de l'usage de stupéfiants, et cela sous le contrôle du juge. De plus « le moyen tiré de ce que le législateur aurait méconnu le principe de légalité des délits en omettant de préciser la quantité de produits stupéfiants présents dans le sang pour que l'infraction soit constituée doit être écarté ».

Le Conseil juge que les peines encourues ne sont pas manifestement disproportionnées eu égard aux risques induits par le comportement du conducteur.

Conseil Constitutionnel, QPC n° 2011-204, décision du 9 décembre 2011.

Accident de voiture à l'étranger : le contrat d'assurance auto joue

La loi française impose un minimum de garantie lorsque vous êtes victime d'un accident à l'étranger avec votre voiture. Et que la réglementation du pays du lieu de l'accident ne peut les remettre en cause. C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans cette affaire.

Une famille a été victime d'un accident de voiture au Maroc. Le conducteur en est reconnu responsable et sa femme et son enfant sont blessés. Il demande à son assureur AXA de prendre en charge les dommages liés à son contrat. Ce dernier lui répond que c'est la loi du pays qui prime.

Effectivement, la convention de La Haye du 4 mai 1971 définit que la loi applicable en cas d'accident de la circulation est celle du territoire sur lequel il s'est produit, ici le Maroc. C'est donc, en principe, la loi territoriale qui s'applique au contrat et définit la notion de tiers, quelle que soit la nationalité des contractants.

Or la réglementation marocaine prévoit que la responsabilité civile du conducteur couvre les tiers, mais pas la famille (ascendant, descendant, conjoint). L'assureur refuse donc toute prise en charge.

La Cour de cassation saisie de la dernière contestation du conducteur casse l'arrêt d'appel qui lui donnait tort.

« La loi marocaine qui définit le domaine de l'assurance obligatoire en matière de circulation des véhicules terrestres à moteur ne pouvant avoir pour effet de réduire le champ de la garantie contractuellement prévue, il incombait au juge de rechercher si les victimes avaient la qualité de tiers au sens des stipulations de la police d'assurance. » Elle décide alors d'appliquer la loi du pays dans lequel le contrat d'assurance a été signé.

Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 4 juillet 2012.

Droit au secret de l'accouchement et droit à la connaissance de ses origines

L'article L. 147-6 du code de l'action sociale et de familles entend faciliter la connaissance par l'enfant de ses origines personnelles. L'article L. 222-6 du même code reconnaît à la femme qui accouche le droit au secret de son identité et de son admission. Ces deux articles ont fait l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité à laquelle le Conseil constitutionnel vient de répondre.

L'article L. 222-6 reconnaît à toute femme le droit de demander, lors de l'accouchement, la préservation du secret de son identité et de son admission. L'intéressée est informée des conséquences juridiques de sa décision pour l'enfant ainsi que de l'importance, pour ce dernier, de connaître ses origines. Elle est incitée à laisser de renseignements sur sa santé, celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de sa naissance.

Par ailleurs, l'article L. 147-6 du même code organise les conditions dans lesquelles le secret de cette identité peut être levé, sous réserve de l'accord de la mère de naissance. Il confie au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles la tâche de rechercher la mère de naissance, à la requête de l'enfant, et de recueillir, le cas échéant, le consentement de celle-ci à ce que son identité soit révélée ou, dans l'hypothèse où elle est décédée, de vérifier qu'elle n'a pas exprimé de volonté contraire lors d'une précédente demande.

D'une part, le Conseil constitutionnel a relevé que, par l'article L. 222-6, le législateur a entendu éviter le déroulement de grossesses et d'accouchements dans des conditions susceptibles de mettre en danger la santé tant de la mère que de l'enfant et prévenir les infanticides ou des abandons d'enfants. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé. D'autre part, par l'article L. 147-6, le législateur a entendu faciliter la connaissance par l'enfant de ses origines personnelles.

En permettant à la mère de s'opposer à la révélation de son identité même après son décès, les dispositions contestées visent à assurer le respect, de manière effective, à des fins de protection de la santé, de la volonté exprimée par celle-ci de préserver le secret de son admission et de son identité lors de l'accouchement tout en ménageant, dans la mesure du possible, par des mesures appropriées, l'accès de l'enfant à la connaissance de ses origines personnelles.

Le Conseil constitutionnel a souligné qu'il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur l'équilibre ainsi défini entre les intérêts de la mère de naissance et ceux de l'enfant. Par ailleurs il a jugé que les dispositions contestées n'ont pas privé de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection de la santé et n'ont pas davantage porté atteinte au respect dû à la vie privée et au droit de mener une vie familiale normale.

Les articles L. 147-6 et L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles sont conformes à la Constitution.

Conseil constitutionnel, décision 16 mai 2012, n° 2012-248, communiqué 16 mai 2012.



Congés payés: l'employeur doit prouver qu'il a permis au salarié de les prendre

La Cour de cassation vient de rendre un arrêt qui opère un revirement de jurisprudence. Elle pose le principe que l'employeur doit prendre toutes les mesures pour que le salarié exerce effectivement son droit à congés payés. En cas de contestation, il lui revient, encore, de démontrer qu'il a tout mis en œuvre dans ce sens.

Après une démission, un salarié avait saisi les prud'hommes notamment pour obtenir des dommages et intérêts pour ne pas avoir pu prendre des congés pendant 5 ans. Ces congés lui avaient été, cependant, payés par l'employeur (majoration de l'indemnité mensuelle de 10 % prévue par la convention collective). Le bulletin de salaire mentionnait bien leur indemnisation majorée mais pas de date de prise effective. Pour l'employeur pourquoi le salarié se plaignait-il alors qu'il avait touché ses 10 % de rémunération compensatrice ?

Les juges du fond avaient rejeté la demande du salarié, confirmant que si les dates de prise effective des congés n'étaient pas sur le bulletin, ils avaient néanmoins été payés au salarié. Par ailleurs, selon la cour d'appel, le salarié ne démontrait pas que c'était à cause de l'employeur qu'il n'avait pas pu les prendre.

La Cour de cassation voit les événements sous un autre angle. Elle juge que le versement d'une indemnité ne remplace pas la prise effective des congés et que l'employeur ne justifiait pas qu'il avait rempli ses obligations.

L'arrêt du 13 juin 2012 se fonde sur la finalité que la directive européenne 2003/88/CE donne aux congés annuels payés. Elle impose « à l'employeur de prendre les mesures propres à assurer au salarié la possibilité d'exercer effectivement son droit à congé, et, en cas de contestation, de justifier qu'il a accompli à cette fin les diligences qui lui incombent ».

Cour de cassation, chambre sociale, 13 juin 2012.



DIRECT MÉDICAL

www.directmedical.fr

Aspiration **Consommables de soins**
Matelas et attelles à dépression **Sac de secours**
Contentions **Désinfection**
Défibrillation **Ventilation**
Oxygénothérapie **Moniteur**
 Couverture Bactériostatique



Nouveautés

Mon compte | Mon panier

Matériel Médical et équipements Premiers Secours

10, imp. du Bois de la Grange - 33610 CANÉJAN

Tél. : 05 56 43 03 03

Fax : 05 57 26 54 71

service-client@directmedical.fr

NOUVEAU
VOLKSWAGEN T6
T6 102 CV - EURO 6

Pour seulement
41.900€
TTC

- * Pack ambulances
- * Deux portes latérales
- * Brancard Kartsana tg 241
- * Chemin de roulement r 800
- * Convertiseur 220v

- * Bluetooth
- * Régulateur de vitesse
- * Pack extérieur
- * Vitre latérale ouvrante

37.890€
TTC

PACK VIVARO LUXE
DCI 120CV

55.900€
TTC

ASSU NISSAN
NV400 L2H2 135CV

directambulance.fr

Commercial Ambulances : enric@directambulance.fr

Tél.: 06 95 20 94 24



Association Française des Ambulanciers S.M.U.R et Hospitaliers

Secrétariat A.F.A.S.H, 2 bis Pierre Curie 62580 Givenchy-en-Gohelle

Téléphone : 06 48 75 97 34 Fax : 03 20 86 82 16 E-mail : contact@afash.fr

Vice président Jean Louis OURDOUILLE
Contact : 06 48 75 97 34

Secrétaire Mr Jean Benoît CAVIGNAUX
Contact : 06 48 75 97 34

Trésorier Mr Jean Pierre QUEVA
Contact: 06 13 99 66 48

Bulletin d'adhésion Année 2017

(MERCİ DE BIEN VOULOIR ECRİRE EN LETTRES MAJUSCULES)

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code Postal :VILLE :

Téléphone :Adresse-mail@.....

Adresse professionnelle :

Service :Téléphone :

Adresse e-mail:.....@.....

L'exerce en Secteur: Privé CH CHU SMUR SAMU Service transport AUTRE

Comme: Médecin IADE IDE AS Ambulancier Autre

Cotisation annuelle de **10 Euros** par chèque à l'ordre de l'A.F.A.S.H

Adressé au secrétariat A.F.A.S.H : **2 bis rue Pierre Curie 62580 Givenchy-en Gohelle**

Fait à **le:** **Signature:**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association.

En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à :

Mr Cavignaux Jean Benoît secrétaire.

Vos coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux.

Si vous ne le souhaitez pas veuillez cocher ci-contre

Non seulement nous avons besoin de vous pour fédérer, mais si vous souhaitez nous envoyer un article pour la revue n'hésitez pas. Vous pouvez l'envoyer à la même adresse. Merci

Association Régie par la loi du 1 juillet 1901 N° W763001282

Siren N° 492 272 232 - Siret N° 492 272 232 00017 -Code APE : 9499 Z -

N° de Déclaration D'activité : 26 76 04841 76



Bulletin d'inscription 2017

Journées d'Étude et de Formation

Association Française des Ambulanciers S.M.U.R et Hospitaliers
Secrétariat A.F.A.S.H, 2 bis Pierre Curie 62580 Givenchy-en- Gohelle
Téléphone : 06 48 75 97 34 Fax : 03 20 86 82 16 E-mail : contact@afash.fr
Coordinateur des journées de STRASBOURG : M. Philippe STAUB Tél. 06 78 64 96 26
Responsable de la commission des J E F :
M. PEREIRA Antoine Tél. 06 03 43 53 29 Mail : jef.org@afash.fr
Se dérouleront à la Chambre de Commerce et d'Industrie de STRASBOURG 234 Avenue de Colmar
Les 10-11 et 12 Mai 2017

NOM : Prénom.....
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Code Postal :VILLE :
Téléphone : Adresse e-mail :@.....

Adresse professionnelle :
.....
Service :Téléphone :
Adresse e-mail:.....@.....

J'exerce en : Secteur privé Centre Hospitalier CHU SAMU SAMUR Autre

Je suis pris en charge par la **Formation Continue** et elle s'engage à régler les frais d'inscription qui comprend les Frais Pédagogiques, ainsi que **les deux repas du 10, 11 mai 2017 à midi et le repas du 11 mai au soir pour la somme de: 380 euros. TTC à l'ordre de l'A.F.A.S.H.**
Coordonnées du **service de formation continue** de votre Centre Hospitalier afin de leur adresser la convention de stage: Monsieur ou Madame :
.....
Tél:..... Adresse e-mail:.....@.....

L'inscription sera enregistrée à réception du paiement ou de la lettre d'engagement de paiement.
Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et d'annulation et en accepte les termes. Le centre hospitalier retournera la convention signée, et s'engage à régler les frais d'inscription des journées d'étude et de formation à l'A.F.A.S.H
L'attestation de présence vous sera remise lors de la journée du 12/05/2017 à partir de 12 H. Ce document sera à remettre à votre service de formation continue.
Aucun envoi par courrier ne sera effectué.
Une feuille d'émargement durant les trois jours sera mise en place avec signature journalière.

Date :

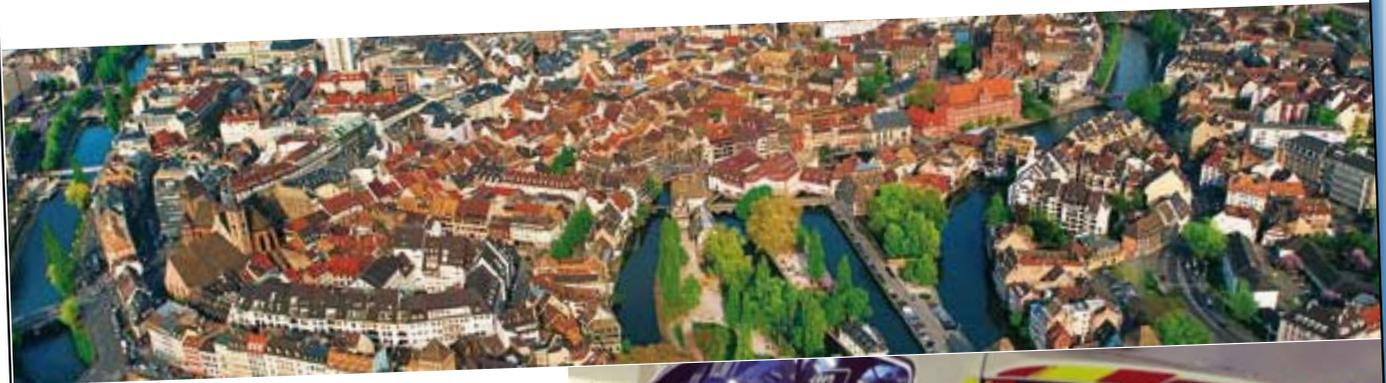
Signature :

Cachet :

Organisées par l'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers



Les Journées d'Étude et de Formation DES AMBULANCIERS



Strasbourg
accueille l'



les 10, 11 et 12
Mai 2017



Ouvert à tous les Ambulanciers et le personnel participant
à l'Aide Médicale d'Urgence



**RÉSOLUMENT
SECTEUR PUBLIC**

“ MA BANQUE
M'APPORTE DES SOLUTIONS
SPÉCIFIQUES ”

1

Pour financer
mes projets personnels,
elle me fait bénéficier
de conditions attractives.

2

Pour mon avenir,
elle fait la différence
sur mon épargne.

3

Pour mieux m'accompagner,
elle est attentive à qui je suis.

Hélène, 36 ans
infirmière

RENDEZ-VOUS SUR LE STAND BFM/MNH
lors des journées d'études au mois de mars au Mans

Un crédit vous engage et doit être remboursé.
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

bfm.fr

Du lundi au samedi de 9h à 18h

0 821 222 500 Service 0,12 € / min
+ prix appel

Un Conseiller SG/BFM vous accueille dans **chaque agence Société Générale.**

Banque Française Mutualiste - Société Anonyme coopérative de banque au capital de 113 186 277,75 €. RCS Créteil 326 127 784. ORIAS n° 08 041 372. Siège social : 1, place des Marseillais - 94220 Charenton-le-Pont.
Société Générale - Société Anonyme au capital de 1 007 799 641,25 €. RCS Paris 552 120 222. ORIAS n° 07 022 493. Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 Paris.



PROFESSION BANQUIER
VOCATION SOLIDARITÉ