



LE MAG DE L'AMBULANCIER

Les 10, 11 et 12 Mai
2017 à Strasbourg

Les Journées d'Étude et de Formation des ambulanciers

Organisées par l'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

Lettre du Président de l'AFASH

aux candidats de la Présidence



P.06

GARDEFA

Groupe d'Action de la Recherche
et de Développement de la Formation
des Ambulanciers

P.11

Scène de crime

Les premiers secours

P.28

Ressenti des soignants devant la mort

Elaboration d'un support pédagogique

P.37

Magazine gratuit



Prochain rendez-vous : DIJON



CHRU Dijon



Hospice de Beaune





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 avril 2017
Copyright 2014 AFASH

N° d'inscription (ISSN: 2269-1022)

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

PRÉSIDENT D'HONNEUR :

PR LOUIS LARENG, PRÉSIDENT-FONDATEUR
DU SAMU DE FRANCE

RÉDACTEUR EN CHEF : M. CAVIGNAUX J-BENOIT

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

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

Président :

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

Trésorier Général :

M. BOURDEAU Alain
comptabilite@afash.fr

Vice-Président:

M. LEBON Olivier
contact@afash.fr

Secrétaire Général :

M. BISSON Olivier
secretariat@afash.fr

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. ADA Antoine - CHU CAYENNE
M. BISSON Olivier - CHU DIJON
M. BOURDEAU Alain - CHU TOULOUSE
M. CAVIGNAUX J. Benoit - Retraité CH LENS
M. GROUGI Mickaël - CHU FORT DE FRANCE
M. LAMOURETTE Pascal - CH ISSOIRE
M. LEBON Olivier - CHU NANCY
M. PEREIRA Antoine - CHU TOULOUSE
M. QUEVA J. Pierre - Retraité CHU LILLE
M. SOULES David - CHU TOULOUSE
M. STAUB Philippe - CHU STRASBOURG

RESPONSABLES COMMISSIONS

M. CAVIGNAUX J. Benoit
M. QUEVA Jean Pierre
Com. Mag de l'Ambulancier

M. STAUB Philippe
Com. Journées d'Etudes
et Formation
Jef.org@afash.fr

M. PEREIRA Antoine
Com. Politique-Législation

M. LEBON Olivier
M. BOURDEAU Alain
Com. Communication
/Internet
webmaster@afash.fr

M. SOULES David
Com. AFASH TV
afashtv@afash.fr

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

Secrétariat de l'AFASH Olivier BISSON
15 rue d'Eguisheim 21700 Nuits Saint Georges
Tél. : 06 48 75 97 34
E-mail : jef.org@afash.fr
TOUTES LES INFORMATIONS SUR LE SITE : www.afash.fr

ÉDITO**Antoine PEREIRA** *Président de l'AFASH*PRÉFACES**Fondateur des SAMU de France**

Professeur Louis LARENG

Directeur du SAMU 67 Docteur H.DelplancqSUJETS**p 11_** Gardefa**p 14_** Méthode d'intervention des équipes d'extraction**p 15_** Sentinelle Sociale SAMU67**p 16_** Feux de Pénétration**p 20_** Livre Blanc**p 24_** Rôles et Missions de l'ambulancier SMUR dans les transports Pédiatriques**p 28_** Scène de crime**p 34_** Rappel des réglementations**p 37_** Ressenti des soignants face à la mort**p 39_** Corpuls**Adhésion à L'AFASH & Inscription aux JEF de Dijon 2018****5 ème édition - Le MAG de l'Ambulancier**

Nous éditons notre cinquième « Mag de l'Ambulancier », magazine dédié à toute la corporation ambulancière quelque elle soit, SMUR et Hospitalière, mais aussi aux personnels travaillant pour l'aide médicale d'urgence.

Agissant souvent dans l'ombre, l'AFASH organise depuis de nombreuses années des actions pour faire évoluer cette profession encore non reconnue par nos instances gouvernementale.

Je tiens tout d'abord à remercier nos adhérents qui nous ont fait confiance en 2016 en élisant le nouveau Conseil d'administration pour les 3 années à venir. Je remercie également tous les membres du Bureau Exécutif et ceux du Conseil d'Administration pour leur dévouement et leur travail exemplaire accompli depuis 1 an.

L'Ambulancier, le transporteur sanitaire encore trop souvent aujourd'hui appelé « le chauffeur » est le premier maillon de la chaîne des secours, le premier paramédical à la prise en charge du patient.

L'objectif principal de notre bilan moral de cette année, a été de rassembler au maximum toute la profession d'ambulancier. En mars 2016 lors des JEF du MANS, le premier jour nous étions 25 adhérents.

Aujourd'hui 14 mois plus tard et avant les JEF de Strasbourg nous avons dépassé les 300 adhérents.

Le groupe Facebook AFASH Officiel créé il y a un an, il regroupe aujourd'hui plus de 1000 membres.

Un Site internet qui tous les jours est visité par plus de 30 visiteurs.

Politiquement, nous avons mis en place des démarches collectives avec nos adhérents et non adhérents, vis-à-vis de nos députés et sénateurs, visant à interpeller notre Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Cela nous permet d'avoir tous ensemble un langage commun sur nos revendications.

Notre belle profession est bien inscrite sur le livre de la santé publique, mais toujours pas reconnue par nos tutelles qui nous opposent une loi de 1969.

Mais depuis 48 ans, notre profession a bien évolué ... Nos formations ont bien évolué elles aussi... On nous demande de plus en plus d'implication dans nos service ... Comme faire partie de différents groupes de travail, dont l'un des plus important est la Médecine de Catastrophe suite aux attentats que notre pays a subi... et comme nous l'avons si bien entendu suite aux rencontres internationales de médecine de catastrophe à Toulouse en mars dernier, l'Ambulancier est reconnue comme un professionnel de celle-ci ... Mais il n'est pas reconnu comme une PROFESSION au contact du patient par les tutelles Française. C'est un paradoxe unique et incohérent.

Je vous invite d'ores et déjà à prendre contact avec votre formation continue pour les JEF de la Côte d'Or 2018 qui se dérouleront à Beaune.

Je remercie tout le personnel du CHU de Strasbourg pour l'aide apportée à nos amis Frédérique, Damien et Philippe, pour la réussite de nos journées d'étude et de formation 2017 en Alsace.

Un grand merci également à tous nos partenaires et exposants qui nous suivent depuis des années avec lesquels c'est toujours un grand plaisir d'échanger lors de ces journées.

Antoine PEREIRA Président de l'AFASH

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

SE FORMER : UNE EXIGENCE AU SERVICE DES PATIENTS

Entretenir et développer ses compétences, s'approprier les nouvelles techniques, se préparer et se former aux risques actuels et émergents, réfléchir à ses pratiques professionnelles, développer une culture d'anticipation et d'adaptation ; vaste programme que celui que nous devons appliquer dans le cadre de nos formations initiales et continues pour être toujours plus performant.

Cette démarche permanente d'amélioration est une condition incontournable pour que chaque personne que nous prenons en charge soit assurée qu'elle peut compter sur notre engagement, notre professionnalisme et sur la meilleure prise en charge possible même dans les conditions d'intervention et de détresse les plus extrêmes

Elle doit être partagée par toutes les professions qui œuvrent à la prise en charge des patients dans le cadre du pré hospitalier : médecin, infirmier, ambulancier, ARM. Ceci est d'autant plus important que la notion d'équipe est un élément fort et structurant de notre pratique. La réussite de nos missions repose de façon incontournable sur le meilleur de chacun et sur le respect des domaines de compétence et leur complémentarité.

Les journées d'études et de formation des ambulanciers qui vont se dérouler à Strasbourg s'inscrivent dans cette démarche. Celles-ci vont associer : réflexion, information et échange. Des thèmes très actuels ont été choisis, qui sollicitent intensivement nos organisations les obligent à repenser certains modèles et à s'adapter sans délai. Mais, si les aspects techniques et opérationnels sont les éléments centraux des compétences que doivent mobiliser les ambulanciers dans leur pratique, celles-ci ne peuvent l'être qu'accompagnées d'une prise en compte de l'humain qui est le sens ultime de nos missions. Cette dimension se retrouve tout particulièrement dans ces situations de détresses personnelles et sociales auxquelles nous sommes confrontés et parfois les seuls témoins. Quel rôle actif pouvons-nous et devons-nous jouer ? Comment passer de la constatation à l'action ? C'est une question qu'abordera le thème sur notre rôle de « sentinelle ».

L'organisation de ces journées démontre de façon très affirmée votre volonté en tant qu'ambulanciers des SMUR et des hôpitaux, d'être les acteurs de votre formation, de promouvoir votre profession et de porter une vision des enjeux et de son avenir. Que les organisateurs soient félicités pour la qualité de leur investissement au service de la réussite de cette action.

C'est aussi l'occasion de sortir de l'évidence du quotidien, pour reconnaître l'importance de votre action, votre professionnalisme, votre rôle essentiel dans le déroulement de nos missions, notamment sur le plan sécuritaire. Soyez-en remerciés.

Directeur SAMU 67

Lettre aux Candidats à l'élection Présidentielle 2017



Objet : demande de position sur le classement en catégorie active de la fonction publique hospitalière des ambulanciers SMUR et hospitaliers, et signalement des dérives liées à l'obligation du respect des textes par les centres hospitaliers en ce qui concerne la composition des équipes d'intervention des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

L'Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers (AFASH) est une association loi 1901. Créée en 2006 à Bordeaux, issue de la fusion de l'UNAH France et de l'ANAHS, celles-ci ayant déjà pour objectif de faire évoluer la profession depuis plus d'une vingtaine d'années.

Les ambulanciers SMUR et hospitaliers de France souhaitent par notre biais vous interpellier sur les deux points suivants et prendre connaissance de vos positions :

1er point

Depuis plus de quinze années maintenant, nous demandons que les ambulanciers SMUR et hospitaliers de la fonction publique soient reconnus comme étant au contact du patient.

En date du 18 novembre 2016, en réponse à un très grand nombre de courriers des députés, la Ministre de la Fonction publique nous renvoie à un arrêté de 1969, modifié en dernier lieu en 1979, portant sur les emplois de la catégorie active qui présente raient un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles (dont les ambulanciers sont exclus) en définissant notre mission principale comme étant de « conduire les véhicules affectés aux transports des blessés et des malades »

Suite à une cinquantaine de questions écrites à l'Assemblée Nationale (annexe 1) par des députés qui soutiennent notre demande plus que légitime, la Ministre de la Santé nous répond pour la deuxième fois en deux ans (octobre 2015 et janvier 2017), nous opposant les mêmes arguments que la Ministre de la fonction publique, à savoir l'exclusion de cette catégorie active au motif que nous n'assurerions que « La conduite comme mission principale »

En 2017, nous sommes encore considérés comme des personnels de la catégorie sédentaire, c'est-à-dire qu'officiellement nous n'avons aucun contact avec le patient. Pourtant dans la réalité, notre travail est tout autre.

Depuis longtemps et encore aujourd'hui, l'ambulancier SMUR est un des premiers intervenants avec l'infirmier et le médecin hospitalier, à apporter assistance aux personnes victimes de diverses pathologies (infectieuses, virales et bactériennes, psychiatriques, traumatiques...) notamment lorsque le pronostic vital de celles-ci est engagé.

De plus, l'ambulancier accompagne les familles des victimes, qui, dans ces moments, sont souvent désemparées.

Dans le cas de transport de patients contaminés, l'ambulancier SMUR et hospitalier est contraint de respecter des protocoles d'hygiène et de décontamination stricts et spécifiques à chaque pathologie.

Il doit aussi connaître parfaitement les mesures de protection individuelle pour le personnel.

Dans les situations d'urgences vitales (telles que l'arrêt cardiorespiratoire) l'ambulancier SMUR réalise, à la demande du médecin, les premiers gestes de secours auprès de la victime : massage cardiaque, ventilation, paramétrage (mesure de la saturation, tension artérielle, fréquence cardiaque), préparation des perfusions, mesure de la glycémie...

Les autres membres de l'équipe SMUR (infirmier et médecin) peuvent ainsi agir sans perdre de temps, la qualité des soins au patient étant optimisée.

Face aux patients agités (troubles psychiatriques, addictions...), l'ambulancier SMUR et hospitalier peut être confronté à des agressions physiques et/ou verbales particulièrement violentes.

Par ailleurs, les matériels médicaux et paramédicaux des ambulances SMUR évoluant en permanence, il nous est demandé des connaissances et compétences de plus en plus poussées et sans cesse réactualisées par des formations spécifiques.

Dans les procédures nationales en cas d'attentat, l'ambulancier SMUR est aussi un élément indissociable des premiers moyens engagés. En effet, il est positionné avec son équipe dans la zone d'exclusion définie par les forces d'interventions (GIPN, GIGN, BRI, RAID) où aucun autre acteur du secours ne peut se rendre, pour participer à la prise en charge des blessés les plus gravement atteints.

Une équipe SMUR se compose d'un médecin urgentiste ou anesthésiste, d'un infirmier et d'un Ambulancier Diplômé d'État. [Mais seul ce dernier n'est pas reconnu comme étant en contact direct avec le patient.](#)

Aujourd'hui, les ambulanciers diplômés d'état (ADE) sont régis par le décret N° 91-45 du 14 Janvier 1991 modifié, qui nous classe dans une catégorie de personnel ouvrier, de personnel d'entretien et de salubrité de la fonction publique hospitalière, en qualité de « conducteur ».

Depuis 2006, notre formation du diplôme d'état d'ambulancier donne même une passerelle d'accès facilité au diplôme d'état d'aide-soignant.

L'arrêté ministériel du 12 Novembre 1969 fait référence à la notion d'emploi comportant un contact direct et permanent avec les malades.

Il apparaît donc bien que dans ses missions quotidiennes, l'ambulancier hospitalier soit en contact direct et permanent avec les patients.

De plus, l'article L.24 du code des pensions civiles et militaires de retraite, précise que sont classés dans la catégorie active les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles, ce qui est le cas au quotidien dans notre activité.

Le code de la santé publique répartit les professionnels de santé dans sa quatrième partie « Professions de santé » en trois grands groupes :

- **LES PROFESSIONS MÉDICALES**
- **LES PROFESSIONS DE LA PHARMACIE**
- **LES AUXILIAIRES MÉDICAUX.**

L'ambulancier est visé à l'article L.4393-1 du code de la santé publique, son cadre d'emploi est réglementé et des dispositions pénales en protègent l'exercice.

L'ambulancier est bel et bien un professionnel de santé, comme le rappelle également la Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa classification (Quatrième partie « Professions de santé », Livre III « Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, assistants dentaires et ambulanciers », Titre IX « Aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires », Article L.4393-1 « Ambulanciers »).

Dès lors, encourent la censure par la justice administrative et la cassation par le Conseil d'état, toutes dispositions contraires tentant d'exclure les ambulanciers de la catégorie des « professionnels de santé » sans qu'il soit besoin d'argumenter sur le reste des motivations.

De toutes les professions de santé que regroupe la quatrième partie du code de la santé publique, seul l'ambulancier n'est pas reconnu au contact du patient dans la fonction publique hospitalière !

2ème point

Le non-respect de la réglementation sur la composition des équipes SMUR atteint des seuils tout bonnement inconcevables.

L'article D6124-13 du code de la santé publique stipule que : « L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R. 6312-7. »

L'article R6312-7 du même code précise lui les conditions : « 1° Titulaires du diplôme d'État d'ambulancier institué par le ministre chargé de la santé »

L'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 supplée même les dispositions par son article 2 stipulant que pour être affectés dans un service mobile d'urgence et de réanimation, les conducteurs ambulanciers de la fonction publique 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 routière et de conduite en état d'urgence dans un centre de formation agréé.

Lors de la question écrite n° 00077 de M. Jean-Claude Lenoir au Sénat à ce sujet, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé répondait qu'en application des dispositions de l'article D. 6124-13 du code de la santé publique, l'équipe d'intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) comprend un médecin, un infirmier et un ambulancier diplômé d'État.

Pourtant dans plus d'une centaine de Centres Hospitaliers disposant d'un SMUR sur les 430 en activité à ce jour, ces textes ne sont pas appliqués (annexe 2).

En sachant que pour être opérationnel 24H/24, il faut six personnels (ETP), il manque donc dans la profession au minimum 600 ambulanciers SMUR si l'on compte juste une seule équipe par centre hospitalier.

Ces postes sont soit remplacés par des brancardiers, des aides-soignants, des simples chauffeurs ou même par des sapeurs-pompiers, soit complètement occultés avec simplement le médecin ou l'infirmière à la conduite de ce vecteur, ce qui réduit même dans ce cas précis l'équipage à deux membres.

Les ambulanciers SMUR et hospitaliers de France, par le relai de l'AFASH, souhaiteraient connaître votre position ainsi que les dispositions que vous prendrez si vous êtes élus à la Présidence de la République, concernant, pour le premier point, une incohérence et un paradoxe total face à un professionnel de santé qui n'est pas reconnu au contact du patient, et, pour le second point, sur le non-respect des textes par les centres hospitaliers.

Quel délai serait pour vous acceptable pour que les ambulanciers soient enfin reconnus à la hauteur de leur engagement pour le service public et pour que les Centres Hospitaliers récalcitrants soient mis en conformité ?

Nous restons bien sûr à votre disposition et à celui de vos services pour tout complément d'informations que vous souhaiteriez obtenir suite à ces demandes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma haute considération

Antoine PEREIRA
Président de l'AFASH

Système HemoCue® Hb 201+



Un standard de précision sans compromis

Offrant aux laboratoires précision et facilité d'utilisation, le système HemoCue® Hb 201+ est devenu un standard en matière de diagnostic Hb sur le lieu d'intervention. Partout dans le monde, les prestataires de santé s'appuient sur les résultats immédiats pour prendre les bonnes décisions quand ils en ont le plus besoin : sur le lieu d'intervention.

Avec une assistance et un service dédiés ainsi qu'une formation inégalée basée sur plus de 30 années d'expérience, vous pouvez compter sur HemoCue pour vous apporter les solutions adaptées à tous vos besoins.

La précision commence avec nous

Faites confiance à vos résultats sur le lieu d'intervention

- Un étalonnage précis en usine avec la méthode de référence ICSH
- Une technologie de microcuvettes brevetée, avec une excellente reproductibilité d'un lot à l'autre
- Stockage avec date et heure de 600 résultats
- Solutions de contrôle à base de sang disponibles

Accédez facilement à la précision et à la qualité des tests en laboratoire

- Échantillon de sang capillaire, veineux ou artériel
- Formation rapide et presque aucune maintenance
- Association des résultats à l'ID du patient pour une intégration au dossier médical
- Interface imprimante



Pour en savoir plus sur le système HemoCue® Hb 201+ scannez le code QR avec votre smartphone ou rendez-vous sur hemocue.com

HISTORIQUE

Rencontre des Directeurs et Formateurs des Instituts de Formation des Ambulanciers.

ECHANGES ET COORDINATIONS

En 2009, ils décident de créer une association Loi 2001 et rédigent alors les statuts en Assemblée Générale Constitutive en date du 27 mars 2009

Les Statuts sont déposés alors en Préfecture de Grenoble.



OBJECTIFS

- 1- d'optimiser la qualité de la formation initiale et continue des ambulanciers
- 2- de promouvoir les recherches nécessaires à une dynamique d'évolution et de valorisation du métier d'ambulancier
- 3- de fédérer et de représenter les IFA auprès des pouvoirs décisionnels et des instances professionnelles
- 4- de promouvoir la formation continue des formateurs IFA
- 5- de susciter des rencontres et des échanges entre les formateurs, afin de développer une recherche pédagogique adaptée et spécifique
- 6- de favoriser des rencontres et des échanges avec toute association ou personne intéressée par la formation des personnels de santé ou exerçant dans un domaine sanitaire et social.

COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

En 2009, ils décident de créer une association Loi 2001 et rédigent alors les statuts en Assemblée Générale Constitutive en date du 27 mars 2009

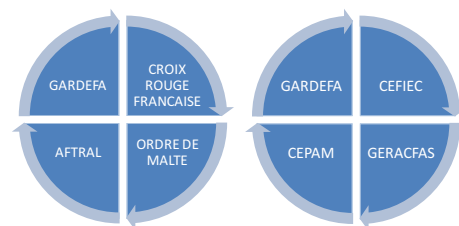
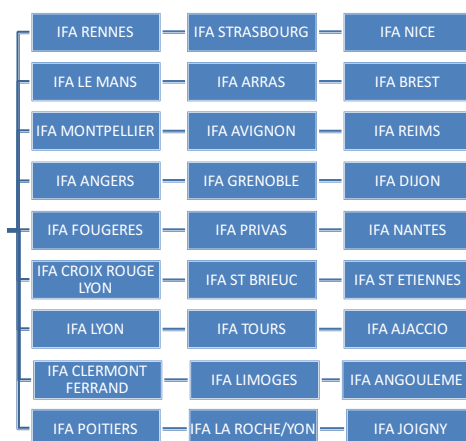
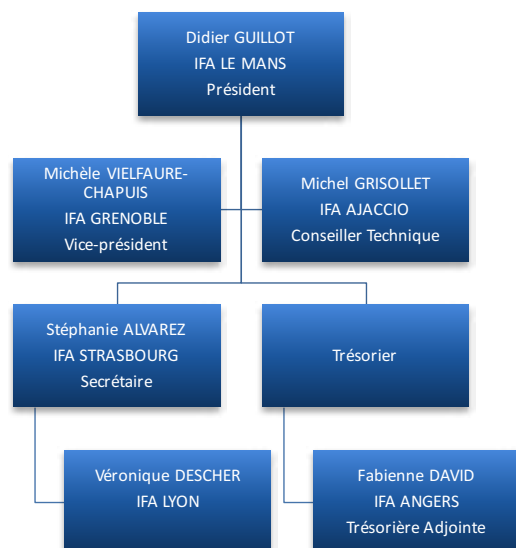
Les Statuts sont déposés alors en Préfecture de Grenoble.

MOYENS D'ACTION

- 1- recueil de toute information, document et recherche concernant la formation ;
- 2- réunions de travail au niveau régional et national, assurant un fonctionnement dynamique de l'Association et le développement de la vie des instituts de formation ;
- 3- commissions de travail selon les nécessités de l'actualité ou de l'action ;
- 4- publication de documents destinés à l'information et à la coordination des IFA ;
- 5- actions de formation réalisées par elle-même ou avec des organismes assurant pour son compte la formation des professionnels de santé ;
- 6- tout autre moyen permettant d'atteindre les buts fixés à l'article 2.

MEMBRES ACTIFS	INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS
MEMBRES D'HONNEUR	TITRE DECERNE PAR DECISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
MEMBRES FONDATEURS	INSTITUTS DE FORMATION DES AMBULANCIERS AYANT CREE L'ASSOCIATION
MEMBRES SYMPATHISANT	PERSONNEL DES INSTITUTS ASSOCIATIONS – GROUPEMENT
MEMBRES ASSOCIES	PROFESSIONNEL AMBULANCIERS ET DU TRANSPORT SANITAIRE

BUREAU



ATELIERS EN COURS

REFERENTIEL ACTIVITES

BUREAU RH2 DGOS

REFERENTIEL FORMATION

BUREAU RH1 DGOS

MODIFICATION De l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié

LE DIPLÔME D'ETAT D'AMBULANCIER

MODULE 1 :

105 heures de cours

Assurer les gestes adaptés à l'état du patient dans toute situation d'urgence



MODULE 2 :

70 heures de cours

Apprécier l'état clinique du patient



MODULE 3 :

35 heures de cours

Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmissions des infections



MODULE 4 :

70 heures de cours

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients



MODULE 5 :

70 heures de cours

Établir une communication adaptée au patient à son entourage

MODULE 6 :

35 heures de cours

Assurer la sécurité du transport sanitaire

MODULE 7 :

35 heures de cours

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

MODULE 8 :

35 heures de cours

Organiser son activité professionnelle dans le respect des règles et des valeurs de la profession

LES STAGES 5 JOURS EN SERVICE DE COURT ET MOYEN SÉJOUR



5 JOURS EN SERVICE URGENCES



5 JOURS AU SAMU/SMUR



10 JOURS EN ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES



Méthode d'intervention des équipes d'extraction

COMPOSITION D'UNE ÉQUIPE D'EXTRACTION

- 5 ou 6 équipiers :
- 2 Avants
 - 2 Arrières
 - 1 « Écureuil »
 - 1 Chargé du matériel

MATÉRIEL UTILISÉ PAR L'ÉQUIPE D'EXTRACTION



Attelle de rachis (« KED »)



Plan dur

Matériel divers :
Protection du personnel (gants, lunettes)
Matériel spécifique « Véhicule Hybride »



INTERVENTION DE L'ÉQUIPE D'EXTRACTION

L'équipe d'Extraction intervient sur la demande de la direction de course, généralement en même temps que le VRI Médical.

Sur les lieux de l'accident, le responsable de l'équipe décide du type d'extraction en collaboration avec le médecin en fonction de l'état du pilote.



DIFFÉRENTS TYPES D'EXTRACTION

Cas général: Extraction classique en posant l'attelle de rachis (« KED ») puis sortie sur plan dur.

1/ Maintient tête

3/ Retrait du « Hans »

2/ Retrait du casque (après avoir dégrafé la jugulaire et enlevé divers accessoires: oreillette, pipette à eau, etc...)

4/ Pose du collier cervical

5/ Mise en place du KED

6/ Extraction du pilote sur plan dur



Une sentinelle sociale ! SAMU 67

SAMU-SMUR 67...

Également une sentinelle sociale !

Tout a commencé au printemps 2013 par des actions ponctuelles et individuelles de Jasmine, infirmière, Etienne et Sophie, médecins.

C'est au décours d'interventions au domicile de patients que nous avons été confronté à des situations d'insalubrité, d'incurie ou d'isolement de personnes âgées, et que nous avons commencé chacun de notre côté à solliciter les services sociaux. Au delà de la mission médicale qui est notre cœur de métier, nous ne pouvions plus fermer les yeux sur la dimension sociale. C'est ainsi que nous avons créé notre cellule médico-sociale et encouragé nos collègues (assistant de régulation, ambulanciers, infirmiers, pompiers et médecins) à nous avertir de situations préoccupantes.

Devant l'accroissement du nombre de signalements, cinq volontaires nous ont rejoint.

Nous nous considérons comme des donneurs d'alerte, nous contactons les assistantes sociales de secteur, les médecins traitants, pour initier une prise en charge, ou pour relancer une action quand les patients sont déjà connus des travailleurs sociaux. Quand les patients sont hospitalisés, nous soulignons la dimension médico-sociale auprès du service des urgences, et secondairement, nous informons l'assistante sociale de l'hôpital.

Nos multiples appels ont interpellé les assistantes sociales de l'Eurométropole de Strasbourg qui ont souhaité nous rencontrer pour comprendre nos besoins et nous préciser leur champ de compétence. Notre signalement est un tremplin selon elles pour aborder des personnes dont les difficultés étaient

méconnues, et une accroche pour un premier contact. Cette réunion a eu un effet boule de neige et notre groupe a été sollicité pour participer à des réunions pluridisciplinaires, des groupes de travail et de réflexion sur les chutes et les hébergements d'urgence.

CETTE MISE EN LUMIÈRE DE NOTRE ACTIVITÉ A PERMIS DE JETER LES PONTS D'UNE COLLABORATION AVEC L'UNITÉ MOBILE DE GÉRIATRIE, LE CIDFF (CENTRE D'INFORMATION SUR LES DROITS DES FEMMES ET DES FAMILLES) ET AVEC L'INFIRMIÈRE DE RUE DE L'EUROMÉTROPOLE.



L'activité sociale n'est pas une mission première du SAMU, mais notre action a mobilisé et sensibilisé les équipes qui portent désormais un regard plus attentif aux situations précaires.

Feux de pénétration

RAPPEL CADRE JURIDIQUE

Arrêté du 19 novembre 2008 modifiant l'arrêté du 30 octobre 1987 relatif aux dispositifs spéciaux de signalisation des véhicules d'intervention urgente :

Les feux pénétrations et rampes : Art. 1er. – Après le dernier alinéa de l'article 2 de l'arrêté du 30 octobre 1987 susvisé, les deux alinéas suivants sont ajoutés : « Ces dispositifs lumineux spéciaux peuvent être complétés par deux feux à éclat directionnel de couleur bleue, dits feux de pénétration, orientés vers l'avant du véhicule. Les feux visés au présent article peuvent être à source lumineuse non à incandescence telle que diode électroluminescente. »



**EN 2010, SAMU DE FRANCE RENDAIT
DEJA UN AVIS FAVORABLE**

SÉCURITÉ
DES UNITÉS MOBILES HOSPITALIÈRES
TERRESTRES :
Quelles sont les améliorations envisageables ?

RAPPORT REALISE

A LA DEMANDE DE SAMU-URGENCES DE FRANCE

Version 2 - 12 Septembre 2010

Rédacteurs

Docteur François TEMPLIER
SAMU 92 - SMUR Garches, Hôpital Raymond Poincaré - Garches
francois.templier@rpsc.aphp.fr

Docteur Frédéric DUDEK
SMUR Thionville, CHR Metz-Thionville - Thionville
fdudek@wanadoo.fr



État des lieux et limites de la situation actuelle La couleur réglementaire des feux bleus en France est beaucoup plus foncée que dans d'autres pays. Pourtant, l'usage du bleu clair type US semble être beaucoup plus efficace, et le rapport POURNY avait recommandé de modifier la réglementation en ce sens [7]. On ne peut qu'appuyer cette demande. En

terme d'équipement des UMH, l'enquête réalisée auprès des SMUR français et publiée en 2006 montre un niveau global satisfaisant au niveau des rampes de signalisation prioritaire bleue. Il reste tout de même une certaine disparité quant au nombre de feux dans ces rampes, puisque la moitié des UMH de type VLM n'ont que 2 feux bleus, ce qui semble peu en cas de forte luminosité naturelle [3]. Les gyrophares, bien que spécifiques des VIGP, présentent actuellement plus beaucoup d'avantages par rapport aux feux à éclats. Ils sont très consommateurs en énergie, moins visibles en pleine lumière que certains feux à éclats de type xéons par exemple, et probablement pas plus identifiés par la population comme spécifique d'un véhicule prioritaire. De ce fait, on constate depuis peu une tendance à remplacer les rampes à gyrophares tournants par des rampes avec des feux à éclats, et on doit sans doute recommander cela sous réserve d'une visibilité optimale (il existe encore une grande disparité en terme d'efficacité pour ces différentes rampes) Les feux de pénétrations sont absents sur presque un VLM sur 2. Certes ce type de véhicule est moins haut qu'une ambulance, mais leur intérêt sur ce type d'UMH est hautement probable notamment à l'approche des intersections ou lors des remontées de files de voiture.

Il serait utile de les recommander systématiquement. Certaines UMH de type AR sont équipées de feux bleus latéraux à éclats, bien qu'ils ne soient pas autorisés.

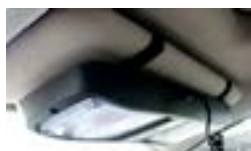
Situés en hauteur à l'avant et à l'arrière de la face latérale de la cellule, ils ont pour objectif d'améliorer la visibilité latérale de l'UMH notamment de près, les rampes étant souvent haut situées et peu visibles alors de près. Rien ne permet de penser que ces feux puissent être un risque pour les usagers, bien au contraire. De même, la mise en place de feux latéraux sur les ailes avant des véhicules pourrait apporter une sécurité supplémentaire lors du passage des UMH dans les intersections notamment en milieu urbain et dense. Une autorisation à titre expérimental pour la mise en place de feux latéraux sur les ailes avant et en hauteur sur les cellules semble est souhaitable. Un point technique mérite ici d'être souligné. De façon schématique, 2 types de technologie sont utilisés actuellement pour les feux à éclats : les lampes à décharge de type xéons, et les LED. Les premières ont l'avantage d'avoir une efficacité importante à la fois de face mais aussi dans un angle large de vision. Par contre, ils sont techniquement plus complexes que les LED, et plus consommateurs en énergie.

Les LED, Sécurité des UMH terrestres - Rapport réalisé à la demande de SAMU-Urgences de France - V.2 F. Templier, F.Dudek page 9 / 65 12/09/2010 du fait d'une simplicité de montage, sont de plus en plus souvent utilisés. Malheureusement, s'ils sont efficaces de face, de nombreux modèles perdent tout intérêt dès qu'ils sont vus avec un léger angle, perdant l'essentiel de leur efficacité dans certains cas comme à l'approche des intersections. La solution repose sur l'association dans un même feu de LED ayant plusieurs orientations, ce qui majore le coût. En pratique, la réglementation nécessite des évolutions vers une meilleure efficacité de la signalisation prioritaire bleue.

Propositions : Modifier la réglementation sur les feux de signalisation prioritaire pour aller vers du bleu clair, nettement plus visible que le bleu actuel. Autoriser, si besoin à titre expérimental, l'utilisation de feux bleus à éclats latéraux, en hauteur sur les ambulances et à l'avant pour tous les véhicules, pour améliorer la sécurité notamment à l'approche et dans les intersections.

DIFFERENTS MODELES

A VENTOUSES OU DISPOSITIFS FIXES



POSITIONNEMENTS



ÉTUDE TECHNIQUE VISUELLE USAGERS DE LA ROUTE

AMBULANCE DE REANIMATION

S.M.U.R. SUR DISTANCE COURTE (< 15 M)



SANS DISPOSITIF CENTRAL, L'USAGER DE LA ROUTE PERCEVOIT
UNIQUEMENT LES FEUX DE PENETRATIONS DE CALENDRE.

AVANTAGES

Le feu de pénétration central permet une meilleure visibilité du V.I.G.P.

seulement, si celui-ci est couplé avec l'avertisseur sonore !

l'utilisateur de la route peut identifier visuellement l'avertisseur prioritaire bleu au centre de son rétroviseur et ainsi peut faciliter le passage du V.I.G.P.

INCONVÉNIENTS

- Réduit légèrement le champ de vision,
- Provoque la nuit un reflet flash,
- Difficulté au désembuage,
- Prise sur allume cigare.



AVEC LE FEU DE PENETRATION CENTRAL, L'USAGER VISUALISE
L'AVERTISSEUR LUMINEUX PRIORITAIRE PLUS FACILEMENT.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

- Installation avec ventouses
- Fixations à vis ou fixe
- LED Lumière (Led strobe light)
- Couleur : Bleu
- Tension : DC 12 V
- Puissance : 48 W
- Alimenté par l'intermédiaire d'une prise allume-cigare ou centralisé sur avertisseurs lumineux.



TARIFS

Selon les modèles le coût varie entre 50 et 300 euros hors pose. *Ce dispositif peut être couplé directement sur le système central des avertisseurs lumineux. pour environ 200 euros.*

SOURCES : Textes en vigueur - Règlement R.65 de Genève :
« Prescriptions uniformes relatives à l'homologation des feux spéciaux pour automobiles ».

LEGIFRANCE.FR : Arrêté du 30-10-1987 modifié par l'arrêté du 23 Décembre 2004 : Définit les obligations en terme de signalisation lumineuse auxquelles doivent se soumettre les véhicules de catégories A ou B pour être homologués. L'arrêté définit notamment le nombre de feux, leurs spécificités, leurs types, et leurs positions réglementaire. La lettre du 24 février 2003 du ministre de l'Équipement au ministre de l'Intérieur autorise les véhicules d'intérêt général prioritaires à être équipés de « feux de pénétration ».

Article R.313-27 du Code de la route : Définition des catégories de véhicules pouvant être équipés de signalisation complémentaire.

A VOIR : SECURITE DES UNITES MOBILES HOSPITALIERES TERRESTRES – Quels sont les améliorations envisageables ? http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/653/rapport_secu_umh.pdf

Lanéry
by Gruau



**Equipement de
véhicule
S.M.U.R**



VML, VLI, PCM, PMA, VEHICULE LOGISTIQUE ...
Balisage, signalétique, électricité 12V et 220V aménagement intérieur...
Selon vos cahiers des charges

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

2 Rue Antonin Dumas 69200 VENISSIEUX (LYON)

**Nos références commerciales SMUR : DIJON - BEAUNE - MULHOUSE - STRASBOURG
MOULINS - ROANNE - PRIVAT - BOURG EN BRESSE - NICE - THIERS - AMBERT
MONTEILMAR - GRENOBLE - NIMES - CHAL - PERPIGNAN ...**

Le livre blanc 2015

M Philippe STAUB

AMBULANCIER SMUR SMUR
DE STRASBOURG

En 2014
CRRA 15 : 31 Millions d'appels

SMUR : 763 844 Interventions
428 SMUR
700 Equipages
42 Hélicoptères SMUR



1 ➡ Définir, à l'échelle nationale, des territoires de santé d'urgence au sein desquels la réponse à « l'urgence santé » est organisée et cohérente

p17

p18

p23

Evolution épidémiologique
Evolution sociétale

Evolution géographique
Evolution démographique médicale

2 ➡ Mettre en place des plates-formes de régulation médicale Samu-Santé regroupant tous les acteurs de la réponse médicale à une demande de soins urgents. Cette plate-forme est située dans un établissement de santé

p23

- 1) La régulation médicale de l'AMU
- 2) La régulation médicale des CRISES SANITAIRES
- 3) La régulation médicale de la PDS
- 4) La régulation médicale de TRANSPORTS SANITAIRE URGENTE
- 5) La régulation médicale des URGENCES PSYCHIATRIQUES, GÉRIATRIQUES 6)
- La régulation médicale des URGENCES MÉDICO-SOCIALES
- 7) La régulation médicale des TRANSFERTS PÉRINATAUX
- 8) La régulation médicale pour la TOXICOLOGIQUE



3 ➡ Assurer l'articulation et l'interconnexion entre les plates-formes Samu-Santé



20 propositions de SAMU URGENCES DE FRANCE

p40 4 ➔ Attribuer le numéro de téléphone national « 113 » à la plate-forme Samu-Santé-113

CLARIFICATION DES NUMEROS :

112 Ministère de l'intérieur	114 Déficiences auditives
113 Ministère de la santé	115 Ministère des affaires Sociales

FAUSSE BONNE IDEE N°1 PLAFORME UNIQUE



p27 5 ➔ Evaluer la pertinence de l'implantation actuelle des SMUR terrestres et s'assurer de l'adéquation de la composition de leur équipe avec les textes réglementaires

Mettre tout Français à moins de
30 minutes de soins urgents

Le changement c'est maintenant
Mes 60 engagements pour la France

La composition des équipes SMUR

1 docteur, 1 infirmier,
1 ambulancier ou pilote

Article D 6124-13 du code de santé

p27 6 ➔ Continuer à développer la réponse
« avant-coureur du SMUR » dans les territoires
à plus de 30 minutes d'un SMUR

Les Zones à activités très limitées et géographiquement
isolées doivent être couvertes par la réponse de proximité
apportée par le **MEDECIN CORRESPONDANT AU SAMU**
265 MCS en 2014



p28 7 ➔ Mettre en place un maillage territorial à deux niveaux des HéliSmur et équiper les établissements
siège de structure d'urgence d'une zone de poser autorisée

Maillage territorial **LARGE**
24/24h

Maillage territorial **FIN**
Horaires de jour aéronautique



8 ➔ Formaliser un « contrat de mission santé » pour les hélicoptères d'état souhaitant participer à l'Aide Médicale Urgente

p28

- L'hélicoptère de la mission santé est dédié à cette tâche,
- L'hélicoptère sanitaire a un positionnement hospitalier
- La régulation médicale des interventions et transports sanitaire
- La médicalisation de l'hélicoptère sanitaire est assurée par une équipe SMUR
- L'équipage SMUR est à tout moment disponible mais elle n'est pas exclusivement dédiée à cette tâche

9 ➔ Labelliser les structures des urgences selon un cahier des charges précis

p31

- Ouverture 27/24h et 7/7j,
- Présence d'un médecin diplôme en médecine d'urgence,
- Salle d'accueil des urgences Vitales,
- Unité d'hospitalisation de courte durée,
- Présence de IOA et MOA,
- Un Hélisurface,
- La possibilité de réaliser 24/24h et 7/7J examens imageries et biologiques,
- Formalisation de l'accueil des enfants, Psychiatrique et médico-sociales,



10 ➔ Identifier les établissements de santé disposant d'un plateau technique d'urgence selon les critères SUdF (proximité, appui, recours)

p31-32

- A : Accueil et prise en charges des secours
- T : Plateau Technique
- P : Prise en charges chirurgicales et spécialisées
- S : Activité SMUR
- H : Hospitalisation
- G : Gestion des lits

11 ➔ Contractualiser les liens entre les structures de médecine d'urgence d'un même territoire de santé

- Etablissement avec plateau technique d'urgence de PROXIMITE
- Etablissement avec plateau technique d'urgence D'APPUI
- Etablissement avec plateau technique d'urgence de RECOURS

p31-32

12 ➔ Créer le concept de Pérennité des Soins - PDS

- Définir comme une « mission de santé publique »
- D'intégrer la PDS dans le « Pacte territoire-santé » définie par le ministre
- De faire reposer la PDS sur un contrat « contrat territoire de santé »
 - ➔ Les médecins libéraux
 - ➔ Les associations médecins exemple : SOS MEDECIN
 - ➔ Etc.

p36



p40 13 ➔ Mettre en place dès maintenant le DES de médecine d'urgence

UN MÉDECIN SPÉCIALISTE RECONNU

- ➔Qualité et durée de la formation
- ➔l'actuelle pénurie d'urgentiste
- ➔l'impossibilité de recruter des spécialistes étrangers
- ➔Recherche médicale



p7-29 14 ➔ Garantir les moyens de formation continue des professionnels des structures de médecine d'urgence, notamment par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

Des moyens Financiers :

- ➔Formation initiale de l'ensemble des acteurs de santé
- ➔Formation continue de l'ensemble des acteurs de santé



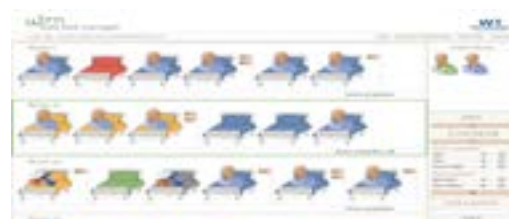
15 ➔ Faire évoluer les statuts des médecins hospitaliers pour autoriser un exercice territorial

P41 16 ➔ Créer des équipes d'urgentistes de territoire sur la base de projets médicaux partagés
Equipe d'urgentistes à l'échelle d'un territoire de santé d'urgence

P42 17 ➔ Formaliser les transferts de tâches des urgentistes vers les IDE des urgences hospitalières dans le cadre d'un exercice en pratique avancée

- Le rôle d'accueil et orientation des infirmiers
- La dispense d'antalgiques sur la base de protocoles
- Les immobilisations après diagnostic par les gypsothérapie
- UNE FORMATION TYPE MASTER

P32 18 ➔ Décharger les urgentistes des tâches ne relevant pas de leurs missions médicales en particulier pour la gestion des lits d'aval
Gestion des lits « BED MANAGEMENT » assuré par du personnel administratif et/ou cadre de santé indépendant des services d'urgences



P43 19 ➔ Assurer des effectifs médicaux et non médicaux des structures de médecine d'urgence en cohérence avec leurs activités

REFERENCIEL du SAMU – Urgence de France nov. 2011

« Les ressources médicales et non médicales »



20 ➔ Assurer un financement pérenne des structures de médecine d'urgence, en adéquation avec leurs organisations et leurs activités



Rôles et missions de l'ambulancier SMUR dans les transports pédiatriques

Y.Grandcoing / M.Poeymiroo
Ambulanciers SMUR Borde



Définition
concernant les transports des nouveau-nés,
nourrissons et enfants.

Nouveaux-nés > -28 jours
Nourrissons > 28 jours à 2 ans
Enfants > 2 ans à la puberté

Réglementation

Ces transports sont précisés et organisés par la circulaire DHOS/01/2005/67 du 7 février 2005

- * transport interhospitalier médicalisé
- * transport infirmier interhospitalier (T2IH) * transport ambulancier
- * ne traite pas des transports primaires

Pour ces trois types de transports cette circulaire précise notamment les moyens humains et matériel à mettre en œuvre

Transport interhospitalier médicalisé

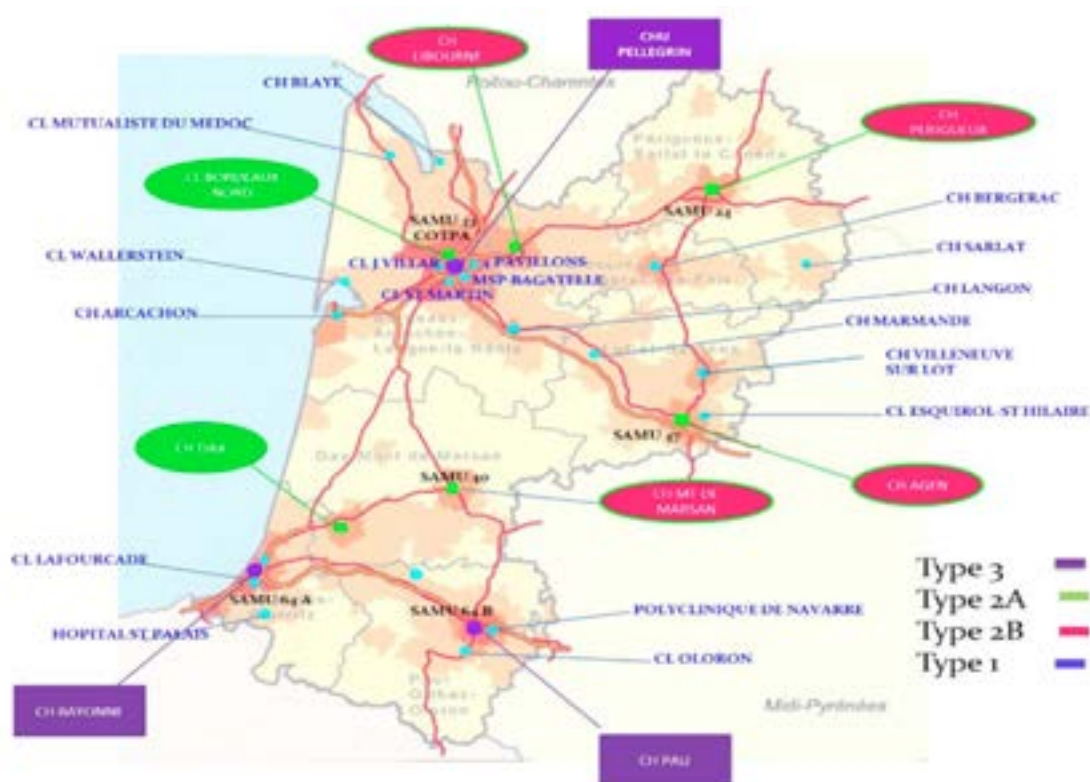
- * Transports effectués par des SMUR
- * Le ou les ambulanciers prenant en charge un transport médicalisé sont titulaires du DEA et doivent si possible avoir une expérience ou une formation complémentaire au transport pédiatrique
- * Cette formation viendra compléter la FAE des ambulanciers de la FPH.

Transport infirmier interhospitalier (T2IH)

- * Transports réalisés par un personnel infirmier et un (ou deux) ambulancier(s) avec un véhicule SMUR ou de société privée conventionnée
- * Le ou les ambulanciers prenant en charge un T2IH sont titulaires du DEA et doivent avoir reçu une formation complémentaire au transport pédiatrique



- ## Niveaux maternité



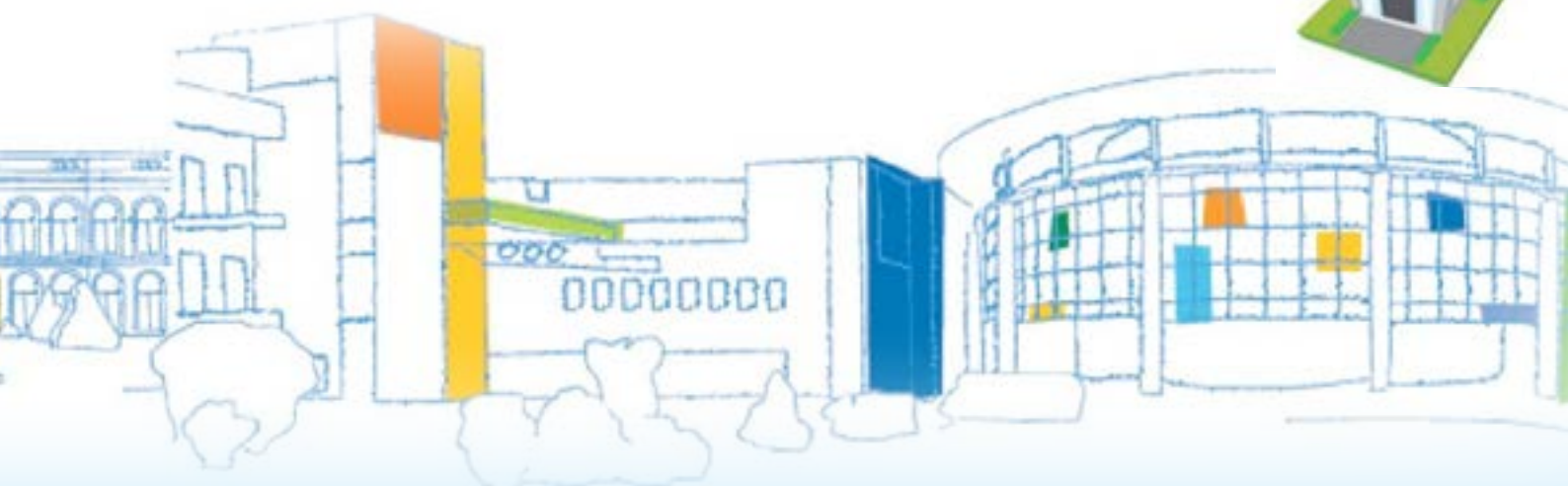
Type 1



Type 2a/2b



Type 3



Primaire

- * Charge émotionnelle plus grande
- * Fragilité du patient
- * Entourage familial plus pesant
- * Matériel pédiatrique spécifique

Accouchement extrahospitalier

- * Voie publique (véhicule)
- * Ambulance (SP, privée)
- * Domicile

Secondaire et T2IH (UMH-AR Pédiatrique)



Cartographie
Conduite !
Communication
Alimentation électrique
Fluides
Carburant
Autorisation mineur
Relation famille
Hygiène

Secondaire et T2IH (UMH-AR classique)



Cartographie
Communication
Installation du matériel spécifique
Alimentation électrique
Fluides
Carburant
Autorisation mineur
Relation famille
Hygiène



Matériel de transport pédiatrique



Harnais
9 à 30



Matelas à
dépression
9 à 36 kg



Nacelle De naissance à 3 mois

Conclusion

**INTERVENTION SPÉCIFIQUE
AMBIANCE SPÉCIFIQUE
MATÉRIEL SPÉCIFIQUE
FORMATION SPÉCIFIQUE**



Voici les compétences spécifiques de l'ambulancier SMUR !



**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



"SCENE DE CRIME"

Dr Gilles FAURE
SAMU 30

Pour les premiers secours intervenant sur une "scène de crime" ça change quoi ?

LA SCENE DE CRIME

Parler de "scène de crime" est un abus de langage. Il est préférable de parler de scène d'infraction. En effet le crime est une qualification pénale du ressort de Procureur de la République, que nous ne devrions pas utiliser.

En droit français il existe trois qualifications pénales pour les infractions :

- La contravention, qui relève de la compétence du Tribunal de Police
- Le délit, qui sera jugé en Correctionnel
- Le crime qui donne lieu à un procès en Assises (tribunal qui à la différence des deux précédents n'est pas permanent)



LA NÉCESSITE DE PREUVES JUDICIAIRES

La justice pour mener à bien son action, a besoin de preuves. Très longtemps, l'aveu par l'auteur supposé, fût considéré comme la reine des preuves, mais sa fiabilité n'est que relative. La police technique scientifique (PTS) cherche à mettre en évidence la preuve matérielle des faits, ne laissant pas de place à la contestation. Le but étant d'accabler un auteur coupable, ou disculper un auteur supposé. Les preuves sont multiples et évoluent avec les progrès technologiques (ADN, balistique, empreintes, traces biologiques ...)

TOUTE INFORMATION PERDUE L'EST DEFINITIVEMENT

La prise en charge de la scène d'infraction d'un point de vue technique ou judiciaire se doit d'être optimale pour éviter la déperdition de preuves. L'enjeu, qu'il s'agisse d'une enquête aux fins de recherche des causes de la mort ou d'une enquête pénale criminelle, est que l'enquête puisse se dérouler dans les meilleures conditions afin d'aboutir à une vérité judiciaire. Pour les enquêteurs il faut geler immédiatement la scène de découverte de cadavre et prendre toutes les précautions nécessaires pour en éviter toute déperdition ou pollution.

Il est donc fondamental que toutes les personnes présentes sur une scène d'infraction aient bien conscience que tout se joue dans les premiers instants.

LES SITUATIONS DELICTUEUSES NE SONT PAS SI RARES

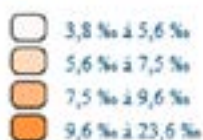
Chaque année l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP) publie ses statistiques. Pour ce qui est de 2016 seuls les chiffres de janvier à mai sont actuellement accessibles.

Sur l'année 2015 il y a en moyenne 7,4 atteintes volontaires suivies ou non de mort pour 1000 habitants, avec une forte variabilité départementale. (voir tableau ci-après).

LE PRINCIPE DE LOCARD

Edmond LOCARD (1877 - 1966), un des pères fondateurs de la criminalistique, a ouvert le premier laboratoire de police scientifique à Lyon en 1910.

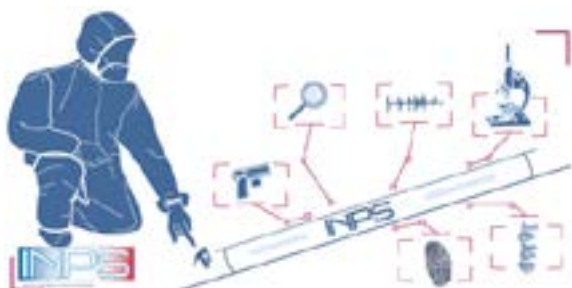
n°	DÉPARTEMENT	Taux (en ‰)	n°	DÉPARTEMENT	Taux (en ‰)	n°	DÉPARTEMENT	Taux (en ‰)	n°	DÉPARTEMENT	Taux (en ‰)
973	GUYANE	23,6	83	VAR	9,6	8	ARDENNES	7,6	9	ARDEGE	5,8
83	SEINE-SAINT-DENIS	18,7	91	ESSONNE	9,6	11	AUDE	7,2	47	LOT-ET-GARONNE	5,8
971	GUADALOUP	18,4	34	HERAULT	9,5	52	HAUTE-MARNE	7,2	29	FRISTERE	5,5
76	PARIS	16,3	31	HAUTE-GARONNE	9,2	72	SARTHE	7,2	37	NORE-ET-LOIRE	5,5
972	MARTINIQUE	12,8	89	YONNE	9	44	LOIRE-ATLANTIQUE	7,1	58	NEVRE	5,5
95	VAL-D'OISE	12,4	25	DOUBS	8,8	54	MEURTHE-ET-MOSELLE	7,1	36	NORE	5,4
13	BOUCHES-DU-RHON	11,9	10	AUBE	8,7	67	RAS-RHIN	7,1	53	SAVAYNE	5,4
84	VAL-DE-MARNE	11,4	66	PYRENEES-ORIENTALES	8,7	26	EURE-ET-LOIR	7	3	ALLER	5,3
6	ALPES-MARITIMES	11,1	76	SERIE-MARTIME	8,6	4	ALPES-DE-HAUTE-PROVENC	6,9	63	PUY-DE-DOME	5,3
89	NORD	10,7	80	SOMME	8,6	18	CHER	6,7	19	CORREZE	5,2
92	HAUTS-DE-SEINE	10,3	68	OSE	8,5	28	HAUTE-CORSE	6,6	66	HAUTES-PYRENEES	5,2
69	RHON	10,1	79	YVELINES	8,3	6	HAUTES-ALPES	6,4	74	HAUTE-SAVOIE	5,2
77	SEINE-ET-MARNE	10,1	84	VAUCLUSE	8,3	57	MOSELLE	6,4	1	AIN	5,1
974	REUNION	9,9	45	LOIRET	8,1	14	CALVADOS	6,3	49	SAINE-ET-LOIRE	5,1
61	MARNE	9,7	2	AISNE	7,9	16	CHARENTE	6,3	64	PYRENEES-ATLANTIQUES	5
62	PAS-DE-CALAIS	9,7	68	HAUT-RHIN	7,9	27	EURE	6,3	71	SABIN-ET-LOIRE	5
			28	GARD	7,8	61	ORNE	6,3	81	TARN	5
			96	TERRITORE-DE-BELFORT	7,8	24	CORSE-DU-SUD	6,2	87	HAUTE-VIENNE	5
			26	DROME	7,7	70	HAUTE-SAONE	6,2	88	VOSGES	5
			38	ISERE	7,7	21	COTE-D'OR	6,1	22	COTES-D'ARMOR	4,9
			42	LOIRE	7,7	41	LOIR-ET-CHER	6,1	40	LANDES	4,8
			33	ORONCE	7,6	82	TARN-ET-GARONNE	6,1	12	AVEYRON	4,8
						55	MEUSE	6	29	JURA	4,6
						17	CHARENTE-MARITIME	5,9	40	LOIRE	4,6
						35	ILLE-ET-VILAINE	5,9	79	DEUX-SEVRES	4,6
						73	SAVOIE	5,7	32	GERS	4,5
						86	VIENNE	5,7	56	MORBHAN	4,5
									24	DORDOGNE	4,4
									7	ARDECHE	4,3
									50	MANCHE	4,3
									85	VENDEE	4,3
									15	CANTAL	4,2
									43	HAUTE-LOIRE	4,2
									48	LOT	4,2
									23	CREUSE	3,8



Atteintes volontaires à l'intégrité physique en 2015

Homicide et tentatives d'homicide - Coups et blessures volontaires

moyen de 7,4 / 1000 habitants



De nos jours, l'Institut National de Police Scientifique est toujours basé à côté de Lyon, à Ecully. La couverture nationale est assurée par le déploiement de 4 autres laboratoires pluridisciplinaires : Lille, Paris, Marseille et Toulouse



De son côté la gendarmerie est également dotée d'un institut pluridisciplinaire de police scientifique (IRCGN) centralisé à Pontoise. Un laboratoire mobile d'investigation criminelle complète son dispositif et peut être projeté sur l'ensemble du territoire national.

Edmond LOCARD a établi un principe fondamental de criminalistique, en postulant dès 1910, que « tout individu, à l'occasion de ses ac-

tions criminelles en un lieu donné, dépose et emporte à son insu des traces et des indices. Ces indices, une fois passés au crible d'examen de plus en plus sophistiqués, parlent et livrent le récit du crime avant de permettre au lecteur-enquêteur de déchiffrer la signature de l'auteur-coupable »



TRACES ET INDICES

Une trace est le vestige d'une action ou d'une présence en un lieu : les traces d'outil attestent d'une effraction, une trace ADN retrouvée en un endroit donné signe la présence de l'individu porteur de cet ADN en ce lieu ...

Lorsqu'une trace est mise en relation avec le fait délictueux, elle devient un indice : si l'ADN retrouvé sur la scène d'infraction est comparable à celui de l'auteur présumé il est l'indice de sa présence, mais ne préjuge aucunement de ses intentions. La multiplication des traces va constituer un faisceau d'arguments qui devront être confortés avec les données de l'enquête pour permettre d'identifier avec certitude l'auteur des faits délictueux.

Les traces peuvent être visibles : lésions cutanées sur la victime, arme, élément balistique abandonné sur place, sang, trace de chaussure, trace de pneu ...

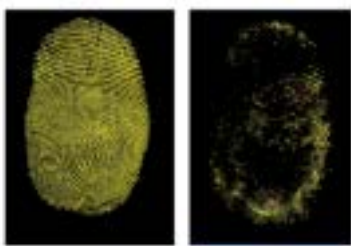
Les traces peuvent également être latentes, et nécessiter pour être observables :

- une révélation physique (un fort éclairage rasant ou l'utilisation d'une longueur d'onde particulière, l'utilisation d'une poudre révélatrice pour les empreintes digitales ...),
- ou une révélation chimique (par exemple l'utilisation du Blue Star qui permet la mise en évidence des traces de sang invisible à l'œil nu).

LA LEGISLATION

Sur les lieux où un crime a été commis, la législation (Article 55-1er Alinéa du Code de Procédure Pénale) interdit à toute personne non habilitée, de modifier avant les premières opérations de l'enquête judiciaire l'état des lieux et d'y effectuer des prélèvements quelconques. Cela constitue un obstacle à la manifestation de la vérité puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (Article 434-4 du CPP)

Fort heureusement pour nous et les victimes prises en charge, le second alinéa de l'article 55 CPP précise qu'il est fait exception à cet interdit lorsque les modifications ou prélèvements sont commandés par les soins à donner aux victimes.



LES TRACES SONT FRAGILES

Par notre action de soins, nous pouvons effacer ou modifier les traces présentes sur les lieux.

A gauche sur l'image, on peut voir une empreinte digitale révélée par méthode chimique. À droite la même trace rendue inexploitable en ayant été simplement touchée par une main gantée.

Un ADN mélangé à plusieurs autres (celui des primo intervenants) n'est plus interprétable.

Toute traction sur les vêtements d'une victime de plaie par arme, la découpe de ces derniers en passant par les orifices, modifient l'agencement des fibres des tissus faisant perdre de précieuses informations. Leur manipulation intempestive peut également faire disparaître des résidus de tir, compliquant ou réduisant à néant leur exploitation dans le but d'évaluation des distances et incidences de tir.

Une trace de chaussure sur laquelle nous marchons deviendra inutilisable ...

LA POLLUTION DES LIEUX

Les actes de soins peuvent ainsi polluer la scène ! Nous déposons sur le lieu d'intervention notre ADN nos empreintes digitales (malgré le port de gants, selon leur composition et leur durée d'utilisation, ils deviennent perméables à ces éléments), des cheveux, des traces de chaussures ... mais également, si nous n'y prenons garde, des déchets de soins qui seront pris par les enquêteurs pour des traces à exploiter.

Il est donc fortement probable que des traces ADN de membres d'équipes SMUR soient enregistrées comme traces inconnues au Fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques (FNAEG) et que des traces digito-palmaires d'ambulanciers, infirmiers ou médecins SMUR le soient dans le Fichier Automatisé des Empreintes Digitales (FAED).

IL EST IMPORTANT D'ADAPTER NOS COMPORTEMENTS

Dans cette situation inhabituelle qu'est la scène d'infraction, nous devons agir de façon inhabituelle et adapté à la situation :

- porter de façon systématique des gants,
- figer la scène initiale,
- limiter au maximum nos allers et venues en adoptant un cheminement commun et le plus indirecte possible,
- éviter de manipuler la victime si elle est décédée,
- éviter de manipuler ou mobiliser les mobiliers, objets, portes, fenêtres, interrupteurs.
En cas de nécessité il faut le faire de façon inhabituelle (saisir une table par les pieds ou sous le plateau, pousser une porte avec le pied ou en hauteur ...)
- éviter de déplacer notre matériel d'intervention,
- gérer les vêtements des victimes (retrait, conservation, transmission)
- gérer les armes présentes sur le lieu d'intervention,
- gérer les témoins présents sur place
- gérer les déchets de soin
- respecter les abords de la scène (ne pas fumer)
- transmettre les informations nécessaires aux enquêteurs

UN RÔLE PARTICULIER DE SUPERVISEUR

L'ambulancier peut avoir dans ces situations un rôle particulier. Médecin et infirmier étant focalisés sur la gestion clinique du patient, l'ADE peut avoir un regard plus global sur la situation.

- Il peut fixer la scène avant toute modification par la prise d'une photo, qui sera ensuite transmise aux enquêteurs.
- Se positionner correctement avec le sac d'intervention et faire passer le matériel de façon à limiter les déplacements.
- Garder un regard sur l'ensemble de la situation et ainsi coordonner l'action des pompiers, éventuellement présents, dans le respect des traces.
- Rester vigilant sur le respect de la scène et la sécurité de l'équipe en la présence de témoins surtout avant l'arrivée des forces de l'ordre.

LES SOINS MEDICAUX PRIMENT SUR LES BESOINS DE L'ENQUETE JUDICIAIRE. DEVONS-NOUS POUR AUTANT EN NEGLIGER LES IMPERATIFS ?

La scène d'infraction pour se voir exploitable se doit d'être respectée par les premiers intervenants du secours à personne (SMUR, pompiers et ambulanciers), on peut se poser la question de savoir si cela fait partie de notre mission.

Le respect des traces favorise la découverte judiciaire de la vérité. Outre le fait d'être un geste citoyen, c'est indirectement un acte de soin. Rien n'est plus terrible pour les proches d'une victime de ne pas savoir ce qui est arrivé, de ne pas savoir qui est l'auteur. L'absence de connaissance de la vérité laisse les familles dans la douleur des années durant. Aider à la lumière judiciaire c'est aider ces familles devenues victimes et leur éviter d'invalidantes souffrances.

UNE FORMATION SPECIFIQUE POUR LES PREMIERS INTERVENANTS



Après une communication sur le sujet lors des JEF de l'AFASH à Nîmes en 2013, le CESU 30 a mis en place depuis 2015 une formation destinée aux primo-intervenants, dans le but de leur permettre de comprendre l'importance de la préservation des traces en cas d'infraction pénale et d'apprendre à adapter leurs comportements pour ne pas entraver l'action des enquêteurs et de la justice.

Y sont abordés :

- Le cadre juridique et législation
- La communication avec les forces de l'ordre
- Les principes de criminalistique - traces - indices - preuves
- La notion de pollution et de préservation des traces
- L'obstacle médico-légal
- Savoir reconnaître une scène d'infraction pénale
- Savoir adapter ses gestes techniques dans la prise en charge du patient dans ce cadre particulier d'intervention.

Cette formation est faite en collaboration avec le Capitaine Christophe MATHIEU, Chef du Service Régional d'Identité Judiciaire au SRPJ de Montpellier, assisté d'un Agent Spécialisé en Police Technique et Scientifique. Ils viennent faire une démonstration de la gestion d'une scène d'infraction en Police Technique et Scientifique, en intervenant sur la mise en situation que les stagiaires avaient prise en charge dans les conditions les plus proches de leur réalité professionnelle.

Pour informations et/ou inscription à cette formation :
Tél. : 04 66 68 37 32 - Mail : cesu30@chu-nimes.fr

Pour suivre les actualités de la formation :
www.facebook.com/scenedecrime.cesu30



BAUS

FRANCE

la référence qualité



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



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



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



BAUS FRANCE, 29 rue Jacobi Netter, 67200 STRASBOURG

Tél. : 03 88 83 83 83 - Email : ambulances@baus.fr - Site internet : www.baus.fr

RAPPEL SUR LA RÉGLEMENTATION des véhicules prioritaires en France

Florent Oberon

Chef de produits Signalisation

Il existe deux type de catégories de véhicules, les véhicules prioritaires, et ceux a facilité de passage.

VEHICULES D'INTERET GENERAL PRIORITAIRES :

Ce sont les véhicules des services de police, gendarmerie, de lutte contre l'incendie, des unités mobiles hospitalières, ou à la demande du service d'aide médicale urgente, affecté exclusivement à l'intervention de ces unités, les douanes, d'intervention des services de déminage de l'état, et du Ministère de la justice affecté au transport des détenus ou au rétablissement de l'ordre dans les établissements pénitentiaires.

VEHICULES D'INTERET GENERAL BENEFICIANT DE LA FACILITES DE PASSAGE :

Ambulances de transport sanitaire, véhicule d'intervention de sécurité des sociétés gestionnaires d'infrastructures électriques et gazières, du service de la surveillance de la société Nationale des Chemins de Fer Français du service de la surveillance de la régie autonome des transports parisiens, de transport de fonds de la Banque de France, des associations médicales concourant à la permanence des soins, des médecins, lorsqu'ils participent à la garde départementale, de transport de produits sanguins et d'organes humains, engin de service hivernal et , sur autoroute ou route à deux chaussées séparées, véhicule d'intervention des services gestionnaires de ces voies.

Article R 311-1 du code de la route

Article R313-27 du code de la route.

Tout **véhicule d'intérêt général prioritaire** peut être muni de feux individuels tournant, à éclats émettant une lumière bleue, ces feux au nombre de deux maximum, peuvent être fixe ou amovibles :
Soit une rampe spéciale de signalisation dans laquelle sont regroupés des feux émettant une lumière bleue. Les feux équipant cette rampe peuvent être à faisceaux tournant ou faisceaux stationnaires clignotants utilisant un type de lampe à incandescence ou tube à décharge ou telle que diode électroluminescente.

A cette rampe peuvent être associés, le cas échéant, des feux spéciaux à lumière orangée et des avertisseurs spéciaux.

Ces dispositifs doivent être visibles tous azimuts, le véhicule étant à vide, pour un observateur situé à 50 mètres.

Lorsque l'un ou l'autre de ces dispositifs ne permet pas d'assurer une visibilité tous azimuts, cette signalisation peut être complétée soit par une rampe, soit par un ou deux autres feux individuels.

Ils peuvent continuer à être utilisés lorsque les véhicules qui en sont munis stationnent sur les lieux de l'intervention.

Ces dispositifs lumineux spéciaux peuvent être complétés par deux feux à éclat directionnels de couleur bleue, dit feux de pénétrations, orientés vers l'avant du véhicule.

Arrêté du 30 Octobre 1987.

Modifié le 19 Novembre 2008.

Tout véhicule d'intérêt général à facilités de passage peut être muni :

De dispositifs lumineux spéciaux émettant une lumière bleue à faisceau stationnaire clignotant utilisant un type de lampe à incandescence ou tube à décharge ou telle que diode électroluminescente.

Il doivent être placés dans la partie supérieure des véhicules.

La signalisation sera réalisée par un feu fixe ou amovible visible tous azimuts, le véhicule étant à vide, pour un observateur situé à 50 mètres.

Dans le cas où la configuration du véhicule ne permet pas la visibilité tout azimuts, cette signalisation pourra être complétée par un deuxième feu.

Ces feux devront être séparés et disposés soit dans le plan longitudinal médian du véhicule, soit symétriquement par rapport à ce plan, la distance dans ce dernier cas entre les deux plages éclairantes de ces deux feux devra être supérieure à 0.60 mètres.

Les dispositifs lumineux des deux catégories ci-dessus doivent être conformes à un type agréé.

Les dispositifs sonores des deux catégories ci-dessus doivent être conformes à un type agréé.

L'homologation pour les feux lumineux est conforme au règlement R65 annexé à l'accord du 20 Mars 1958, concernant l'adoption de conditions uniformes d'homologation et la reconnaissance réciproque de l'homologation des équipements et pièces de véhicules à moteur.

L'autorisation d'équiper de dispositifs lumineux spéciaux de catégorie à facilités de passage est délivrée par le Préfet, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

L'autorisation visée à l'article précédant est matérialisée sur le certificat d'immatriculation par la mention « Spécial Feux bleus »

Pour résumé le Préfet peut donner une autorisation pour utiliser des feux spéciaux à facilités de passage, mais pour les véhicules prioritaires il n'est pas habilité à donner de telle autorisation.

Les véhicules d'intérêt général à facilités de passage peuvent utiliser un avertisseur sonore pour les besoins de leur mission excepté pour les engins de service hivernal.

Article R313-34

Les véhicules d'intérêt général prioritaires peuvent utiliser des feux individuels uniquement en mode tournant.

Pour les rampes elles peuvent être soit tournant ou flash.

Ils sont les seuls à pouvoir utiliser des feux de pénétrations.

Aussi Les véhicules d'intérêt général prioritaires sont autorisés à être munis de dispositifs complémentaires de signalisation par éléments fluorescents ou rétro réfléchissants.

Article R313-37



RAPPEL SUR LA LOI FRANCAISE :

Article R 313.35

Le fait de détenir, d'utiliser, d'adapter, de placer, d'appliquer ou de transporter à titre quelconque les timbres ou avertisseurs spéciaux réservés aux véhicules d'intérêt général est puni de l'amende prévue pour les contraventions de quatrième classe.

Ces dispositifs peuvent être saisis et confisqués.

Article R 313.29

Le fait de détenir, d'utiliser, d'adapter, de placer, d'appliquer ou de transporter à titre quelconque les feux réservés aux véhicules d'intérêt général est puni de l'amende prévue pour les contraventions de quatrième classe. Ces dispositifs peuvent être saisis et confisqués.

L'immobilisation peut être prescrite dans les conditions prévues aux articles L. 325-1 à L. 325-3.

Article R432-1

Les dispositions du présent livre relative aux règles de circulation des véhicules ne sont pas applicables aux conducteurs des véhicules d'intérêt général prioritaires lorsqu'ils font usage de leurs avertisseurs spéciaux dans les cas justifiés par l'urgence de leur mission et sous réserve de ne pas mettre en danger les autres usagers de la route.



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

RESSENTI DES SOIGNANTS face à la mort en SMUR

HUGENSCHMITT Delphine,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves
SAMU/SMUR de Lyon

Elaboration d'un support pédagogique

Introduction : Aujourd'hui, la mort est institutionnelle. Seulement 27% des décès surviennent à domicile contre 70 % en 1970 [1]. La majorité des décès a lieu à l'hôpital ou en maison de retraite. Un petit nombre survient brutalement à domicile. La prise en charge première des équipes des Services mobiles d'urgence et de réanimation ou SMUR est le risque vital. Au moment de l'annonce du décès, le schéma familial est perturbé. Les personnels des SMUR y sont directement confrontés. Ils jouent un rôle important.

Les personnels soignants extrahospitalier vivent ces moments dans l'action. Ils sont confrontés à la mort qui les renvoie au caractère périssable de leur propre humanité.

Selon le personnel paramédical, quelle place tient-il dans ce type d'intervention et quel est son ressenti ?

Matériel et méthode : Enquête déclarative interrogeant la population des infirmiers (IDE, n=39) et des ambulanciers (ADE, n=46) diplômés d'état du SAMU de Lyon (n=85) sur le vécu et le besoin de formation afin de mieux s'ajuster face à une intervention pré-hospitalière impliquant au moins un patient décédé qu'ils soient considérés comme expérimentés, soit plus de six mois de pratique, ou moins. Les questions sur les soins portaient sur le rôle du soignant, la préparation du corps, l'accompagnement de la famille, les rites religieux et la volonté pour le soignant de bénéficier d'une formation. Evaluation dans un second temps de l'apport d'un support pédagogique permettant de répondre aux attentes exprimées par les soignants.

Résultats : Le taux de participation a été de 100 % (n=39) des IDE et 61% (n=28) des ADE. Seul neuf personnels, dont huit expérimentés, estimaient n'avoir jamais rencontré de difficulté face à un décès extrahospitalier. Les soins du corps étaient réalisés

selon les règles préconisées du service funéraire du Centre hospitalier universitaire Edouard Herriot de Lyon, par 18 % (n=10) des soignants expérimentés contre la moitié (n=3) des jeunes soignants. Trois quart (n=44) des personnels expérimentés et 90 % (n=9) des plus jeunes avouaient méconnaître les rites funéraires des trois religions monothéistes. Plus de 70 % (n=40) des personnels expérimentés et la totalité des jeunes soignants exprimaient la nécessité d'une formation spécifique à la gestion d'un décès en pré-hospitalier. L'accompagnement de l'entourage était systématiquement réalisé par 39 % (n=22) du personnel expérimenté et 30 % (n=3) des plus jeunes. Les difficultés rapportées étaient le plus souvent reliées à la violence des situations et/ou au manque de temps dédié à l'équipe pour la mission évoquée. L'évaluation du support pédagogique créé à l'issue de cette enquête a été évaluée par trois quart (n=29) des IDE et deux tiers (n=16) des ADE. La totalité des IDE (n=29) et 81 % des ADE (n=13) ont déclaré l'intérêt d'un tel outil pédagogique et la nécessité d'une diffusion plus large.[2]

Discussion : Omar SAMAOULI a écrit : « Meurt toujours mal qui meurt loin de sa terre, loin de ses habitudes, loin de ses marques et de ses repères »

Le domicile est considéré comme un lieu sûr où pour la plupart des personnes, il ne peut rien arriver. Il est l'intimité et l'identité d'un individu et d'une famille. Les personnels SMUR sont « invités ». Ils entrent dans une histoire qui n'est pas la leur. [1]. Majoritairement les soignants expriment avoir rencontré des difficultés face à un décès extrahospitalier et sont favorables à une formation et /ou information sur le sujet.

Ils expriment méconnaître les rituels des trois religions monothéistes et pensent que le besoin spirituel est un point important.

Le besoin spirituel et les rituels apparaissent avec les premières sépultures dès que l'homme a eu conscience de sa mort. La ritualisation a permis à l'homme d'appivoiser sa mort. [1]. Le besoin spirituel est primordial et fait partie de l'identité et de l'intimité d'une personne.

Un décès pré-hospitalier survient brutalement. Les mécanismes de défenses inconscients de l'entourage n'ont pas pu se mettre en place. Cette période de pré-deuil aurait permis à l'entourage de se préparer et d'accompagner le mourant. Contrairement à un décès à l'hôpital, où de manière inconsciente l'entourage se prépare inconsciemment à un décès éventuel. Les équipes SMUR sont alors confrontées à tout un éventail de réactions de l'entourage allant de la stupeur à l'agressivité en passant par la culpabilité.

Prendre soin est un art. « C'est être présent à » faire un subtil mélange de savoir, savoir-être, savoir-faire et savoir perdre. Soigner : c'est s'inscrire dans une démarche technique et tout en étant attentif aux réactions de l'autre. Cela se situe au-delà du geste technique et nécessite tact, écoute et discrétion [3]. Prendre soin est une valeur et non pas une vérité [4].

Le patient est un être physique, psychique, social, et spirituel. Il doit être pris en charge dans sa globalité. Les soins ne s'arrêtent pas après l'annonce du décès de la personne. Même si ces soins passent une inaperçue; ils rentrent dans le rôle propre infirmier et sont en cohérence avec leurs missions. Les soins au défunt sont nécessaires pour éviter une « déshumanisation » du corps, maintenir la dignité du défunt et rendre la vision de celui-ci supportable. Ils permettent d'inscrire le défunt dans l'histoire de sa famille.

Lors de notre enquête, les soignants déclarent ne pas accompagner systématiquement l'entourage auprès du corps du défunt et avoir des lacunes au niveau des soins au corps. Il est important que la famille puisse visualiser le corps du défunt pour débuter leur processus de deuil.

Conclusion : La prise en charge du décès extra-hospitalier est singulière et cruciale. Notre étude montre que la formation sur le sujet est une réelle demande. Nous avons réalisé et mis place d'un outil pédagogique simple pour tenter de pallier rapidement à ces lacunes. Cet outil a eu pour but d'apporter des connaissances nouvelles ou des rappels de bonnes pratiques face à un décès extra-hospitalier. Au vu de l'évaluation de cet outil, la totalité des soignants ont déclaré que ce support est intéressant, nécessaire et indispensable.

Actuellement, la Commission des Soins d'Urgence de la Société Française de Médecine d'Urgence travaille sur un référentiel de bonnes pratiques face aux décès en extra-hospitalier et en SU.

[1] Hugenschmitt D, Souquet ML, Lefort H, Bagur J, Gueugniaud PY. L'infirmier urgentiste face à la mort en pré-hospitalier. Rev Infirm 2015; 64:41-3.

[2] Hugenschmitt D, Alloneau A, Césaréo E, Gueugniaud PY, Lefort H. Miroir et réflexions : l'urgentiste, le mort et son entourage. Rev SOINS, à paraître

[3] L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de consensus. ANAES 2004

En ligne http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_court.pdf (Dernier accès le 08/07/2016)

[4] Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Ed. Masson, Paris 1997; 208p.

corpuls® présente sa planche à masser

Déjà reconnue en France pour les qualités et la fiabilité de son moniteur/défibrillateur Corpuls 3, la gamme Corpuls française s'étoffe aujourd'hui avec l'arrivée de nouveaux équipements innovants dont notamment la planche à masser Corpuls CPR.

Mode, profondeur et fréquence ajustables à tout moment de l'intervention.

Mise en place rapide.
Pas d'interruption de traitement

Cadre ouvert = accès au thorax du patient.

Batterie grande autonomie 1h30 (livré avec 2 batteries)

Garantit le point de pression optimal tout au long du traitement.

Bras hauteur ajustable

Matériaux radio-transparents

corpuls **cpr** 



corpuls cpr

Compressions sans compromis

Conçue pour permettre de passer du massage manuel aux compressions thoraciques mécaniques en moins de 10 secondes, sans interrompre la réanimation, la planche à masser Corpuls CPR facilite l'intervention des secouristes, équipes paramédicales et médicales en fournissant des compressions thoraciques fiables et entièrement automatisées.

Corpuls a fait le choix d'un dispositif à compression thoracique directe générant un flux sanguin de 10 à 40% plus important que celui induit par les dispositifs de compression à pompe thoracique employés couramment.

Séduisant par la simplicité de sa mise en place et son bras ajustable en hauteur, l'un de ses atouts indéniable réside dans son cadre ouvert qui permet aux intervenants un accès libre au thorax. Ils gagnent ainsi en souplesse dans l'exécution des différentes procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Adapté rapidement au corps du patient, le dispositif garantit le point de pression optimal tout au long du traitement en vérifiant la position du tampon après chaque cycle de ventilation (ou 100 compressions en mode continu) et en compensant un enfoncement de la cage thoracique.

Avec son écran couleur très lisible, son bouton central Marche/ Arrêt et ses touches de fonctions programmables, le dispositif peut être utilisé de manière intuitive. A tout moment de l'intervention le mode, la profondeur de la compression et sa fréquence peuvent être facilement ajustés. Les différentes parties de la Corpuls CPR sont fabriquées dans des matériaux radio-transparents ainsi les coronarographies peuvent être effectuées pendant la réanimation.

Disposant de deux batteries d'une autonomie de 1h30 chacune, elle garde la possibilité d'être rechargée sur secteur en cours d'utilisation.



Découvrez la gamme CORPULS, les 10-11 et 12 mai 2017 à Strasbourg
aux Journées d'Etudes et de Formation des Ambulanciers de



Pour plus d'informations l'équipe CORPULS
se tient à votre disposition

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

 **corpuls**
CONNECTMED





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

Secrétariat A.F.A.S.H

M. Olivier Bisson, 15 rue d'Eguisheim 21700 Nuits Saint Georges
Téléphone : 06 48 75 97 34 E-mail : jef.org@afash.fr

Président : Mr Antoine PEREIRA
Contact : 06 48 75 97 34

Secrétaire : Mr Olivier BISSON
Contact : 06 86 95 08 48

Trésorier : Mr Alain BOURDEAU
Contact : 06 15 94 63 00

Bulletin d'adhésion Année 2018

(MERCI DE BIEN VOULOIR ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES)

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : ____/____/____/____/____ Email : _____@_____

J'exerce en Secteur : Public ☐ Privé ☐

Si Secteur Public : CHU ☐ CHG ☐ CHS ☐

En Service : SAMU ☐ SMUR ☐ Transport Interne ☐ AUTRE ☐ _____

Vous exercez comme : Ambulancier ☐ AS ☐ IDE ☐ IADE ☐ Cadre ☐ Autre ☐ _____

Adresse Professionnelle : _____

Service : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

Email: _____@_____

Cotisation annuelle de 10€ par chèque à l'ordre de l'A.F.A.S.H à envoyer au secrétariat

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 des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à :

Mr Olivier BISSON secrétaire général.

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

Journées d'Etude et de Formation - AFASH

Bulletin d'inscription 2018

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

Secrétariat A.F.A.S.H.,

M. Olivier Bisson, 15 rue d'Eguisheim 21700 Nuits Saint Georges

Téléphone : 06 48 75 97 34

E-mail : jef.org@afash.fr

Coorganisateur des journées de Côte d'OR : M. Olivier BISSON – Tél : 06 86 95 08 48

Responsable de la commission des J E F : M. Philippe STAUB – Tel : 06 78 64 96 26 - Email : jef.org@afash.fr

Se dérouleront les 16, 17 et 18 Mai 2018 – au Palais des Congrès de BEAUNE

19 Avenue Charles de Gaulle 21200 BEAUNE

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code Postal : _____ VILLE : _____

Tél : ____/____/____/____/____ E-mail : _____@_____

L'exerce en : Secteur Privé ☐ Secteur Public ☐

Si Public : CHU ☐ CHG ☐ CHS ☐ / SAMU ☐ SAMUR ☐ Service Transports ☐ Autre ☐ _____

L'exerce comme : Ambulancier ☐ AS ☐ IDE ☐ IADE ☐ Cadre ☐ Autre ☐ _____

Adresse professionnelle – Établissement : _____

Service : _____ Tél : ____/____/____/____/____

E-mail : _____@_____

Nom du Cadre du Service : _____ Tél : ____/____/____/____/____

Je suis pris en charge par la **Formation Continue** et elle s'engage à régler les frais d'inscription qui comprennent les Frais Pédagogiques, ainsi que **les deux repas du 16, 17 mai 2018 à midi et le repas du 17 mai au soir pour la somme de: 400 euros TTC à l'ordre de l'A.F.A.S.H.**

A partir du 1 mai, aucune annulation ne sera possible et toute inscription sera due.

Coordonnées du **service de formation continue** de votre Centre Hospitalier afin de leur adresser la convention de stage: Monsieur ou Madame : _____

Tél : ____/____/____/____/____ 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 18 Mai 2018 à partir de 12h00.

Ce document sera à remettre à votre service de formation continue.

Aucun envoi par courrier ne sera effectué.

Un émargement informatique où manuscrit journalier sera mis en place durant les trois jours.

Fait à _____, le _____

Signature :

Cachet :

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

Les Journées d'Étude et de Formation des AMBULANCIERS



Les 16 -17 et 18 mai 2018

**LA COTE D'OR
accueille l'AFASH**

au Palais des Congrès de BEAUNE
19 Avenue Charles de Gaulle 21200 BEAUNE



Organisées par l'Association
Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

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

Responsable de la Commission des JEF :
M. Philippe STAUB
06 78 64 96 26 - e-mail : jef.org@afash.fr

Coorganisateur des journées de Côte d'OR
M. Olivier BISSON
06 48 75 97 34 - e-mail : jef.org@afash.fr



**LES AGENTS DU SECTEUR PUBLIC
S'INVESTISSENT POUR LES AUTRES
MAIS CHEZ EUX, C'EST DANS LEUR PROJET
DE VIE QU'ILS S'INVESTISSENT**



**SI NOUS AVONS APPRIS À CONNAÎTRE
LES AGENTS DU SECTEUR PUBLIC C'EST POUR
MIEUX LES ACCOMPAGNER DANS LEURS PROJETS**

Banque Française Mutualiste - Société anonyme coopérative de banque au capital de 113 803 582,50 € - RCS Paris 326 127 784 - Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372). Siège social : 56-60, rue de la Glacière - 75013 Paris.
Société Générale - S.A. au capital de 1 009 380 011,25 € - RCS Paris 552 120 222. Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 07 022 493). Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 Paris. Crédit Photo : Getty Images.



**BANQUE FRANÇAISE
MUTUALISTE**

LA BANQUE DE CHAQUE AGENT DU SECTEUR PUBLIC

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

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

RETROUVEZ-NOUS SUR [BFM.FR](https://www.bfm.fr) ET CHEZ NOTRE PARTENAIRE

