

LE MAG DE L'AMBULANCIER

SUPPORT PÉDAGOGIQUE

LIMOGES

Stade Municipal BEAUBLANC
23 Bd Beaublanc - LIMOGES



14-15&16 MAI 2024



+ D'INFOS

sur <https://www.afash.fr/formations/>

Email : contact@afash.fr

Facebook : <https://www.facebook.com/AFASHofficiel>

Groupe Facebook JEF : <https://www.facebook.com/groupes/547557292246339>





Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers

Association Loi du 1^{er} Juillet 1901
N° Préfectoral W 76 300 1282
SIRET : 492 375 232 00025
SIREN : 492 375 232
Code APE : 9499 Z
N° Déclaration Activité : 76 81 01 50 481

Certification Qualiopi délivrée par Pronéo
Certification N° F1867

« Le Magazine de l'Ambulancier » Magazine Annuel

• Rédacteur en Chef du Magazine :
Antoine PEREIRA
contact@afash.fr

• Responsables de Rédaction :
Olivier BISSON - Antoine PEREIRA - Alain BOURDEAU

• Photos : AFASH

• Création et Réalisation du Magazine :
COPIDEM - ALBI
Site Internet : www.copidem-albi.fr

Nombre d'exemplaires : 150
Dépôt Légal Avril 2019
Copyright 2014 AFASH
N° Inscription ISSN : 2269 - 1022
N° Inscription INPI : 13/4002807

Composition du bureau de l'A.F.A.S.H.

Antoine PEREIRA

Président
Responsable de la commission « JEF » - Gestion des réclamations
Région Occitanie

Olivier BISSON

Vice-Président
Responsable de la Commission JEF
Région Bourgogne-Franche-Comté

Mickaël BRANGER

Secrétaire Général
Responsable Commission Pédagogique
Réfèrent Qualiopi - Région Occitanie

Alain BOURDEAU

Trésorier - Région Occitanie

Administrateurs de l'AFASH

Mickael GROUGI

Administrateur de la Commission « DOM-TOM »
Région Martinique

Julien DESCOMBES

Administrateur Commission Communication Veilles Légales,
Réglementations et Innovations technologiques et évolution
métier - Région Pays de la Loire

Yannick DUPUY

Administrateur Commission « Délégué de Région »
Région Nouvelle-Aquitaine

Alexandre GOUBAUD

Administrateur Commission « Communication Adhésion »
Région Pays de la Loire

Formateurs adhérents

Arnaud RAVARY

Ambulancier SMUR - Formateur AFGSU

Mathieu BARANGER

Ambulancier SMUR - Formateur AFGSU

Yannis DEBORD

Ambulancier SMUR - Formateur AFGSU

David BAREUX

Ambulancier SMUR - Formateur AFGSU

Pascal DUFRAISSE

Ambulancier SMUR - Formateur AFGSU

P. 18	Intervention SMUR en Unité Pénitentiaire
P. 19	Rôle de l'Ambulancier SMUR lors du transfert néonatal
P. 20-21	ECMO, fonction de l'ambulancier SMUR dans ce transport de haute technicité
P. 22	RESCUE TEAM 87
P. 23	L'équipe médicale en milieux périlleux
P. 24	L'utilisation du drone en SMUR
P. 25	Place des équipes SAMU/SMUR dans la prise en charge des « urgences palliatives »
P. 27	La régulation médicale et ses enjeux
P. 28	Ambulancier au CH Esquirol
P. 29	Comprendre les différents modes d'oxygénothérapies
P. 30	Pré-hospitaliers Suisse, quelle évolution pour le métier d'ambulancier
P. 31	Mise en place d'une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU 72)
P. 32-33	Présentation du logiciel MenKorn NOVI : aide au pilotage d'une situation critique

Sommaire

P. 3-5	Le mot du Président/Le mot de bienvenue
P. 6-7	Programme
P. 9	Présentation de la Team Limouzi
P. 11	Les Ambulances SMET
P. 12	Présentation de l'Association Grégory Lemarchal
P. 13	Les nouveaux gestes autorisés pour l'ambulancier
P. 14-15	SMUR Périphérique : Comment organiser l'approche d'un HÉLISMUR
P. 17	Comprendre la gestion des transports sanitaires au TAP

Le mot du Président

Antoine PEREIRA



Le Mag de l'Ambulancier Edition Spéciale

L'AFASH, les JEF (Journées d'étude et de formation) et son magazine « Le Mag de l'Ambulancier » édition spéciale, dédiés cette année à deux ambulanciers partis trop tôt :

- Jean Benoit CAVIGNAUX dit le Chtimi's
- Patrick CAILLAUD dit Patou



Jean Benoit CAVIGNAUX, parti le 15 mars 2024, à l'âge de 69 ans. Jean Benoit fut Ambulancier Smur au Samu de LENS dans les Hauts de France. Jean Benoit entra à l'ANASH au début des années 2000.

Il a été un des créateurs de l'AFASH, fusion entre l'UNAH et l'ANASH en 2006 à Bordeaux, où il devient le secrétaire général.

Il sera nommé Vice-président de l'AFASH en 2011 à Ploërmel, et Président de celle-ci en 2015.

Responsable du magazine « Urgence 15 » puis du « Mag de l'Ambulancier », Jean Benoit m'a transmis la passion de la rédaction de cet ouvrage qui est devenu le support pédagogique des journées d'étude et de formation.

Jean Benoit a œuvré pendant plus de 20 ans, pour la reconnaissance de notre corporation.

Une personne serviable, très famille, toujours à l'écoute sans avoir un mot plus haut que l'autre et surtout très professionnel et fier de son, de notre métier : AMBULANCIER.

Au fil des ans, Jean Benoit est devenu bien plus qu'un ami, un grand frère. Les JEF 2016 au Mans furent ses dernières. Il quitta l'AFASH en 2017. Puis la retraite paisible et profiter de la famille... Et puis plaf une leucémie qui s'est invitée, l'a emporté après 5 années de bataille.

Tu étais fier d'être lensois ! Mon rêve était d'aller voir un match à Bollaert avec toi... mais le destin en a voulu autrement... On verra cela dans une autre vie, mais sache que les corons résonneront toujours en moi.



Patrick CAILLAUD, parti le 2 août 2023 à l'âge de 63 ans.

Patrick est parti en pleine organisation des JEF de LIMOGES.

Un Patou comme on les aime, gentil, aimant, paternel, un bonhomme attachant à son entourage, à ses amis.

Patou l'homme à tout faire.

Avant de devenir un défenseur de la cause ambulancière, il a vu sa carrière commencer dans le bâtiment, puis dans la cuisine, pour finalement devenir ambulancier dans le secteur privé.

Patou entra à l'hôpital Chastaingt comme simple agent, et le voilà quelques années plus tard basculer vers le côté obscur du transport sanitaire interne au CHU de LIMOGES.

Puis en 1996, Patou fit sa rentrée dans la cour des grands comme Ambulancier-SMUR au SAMU de Limoges.

La famille, les copains, le rugby et sa guitare étaient sa raison de vivre... Les bonnes bouffes que ce soit à la maison ou au travail, sans oublier ses chiens qu'il adorait.

Merci à toi Patou, pour toutes ses années passées à veiller sur la population, merci pour ton professionnalisme et pour ton aide lors des JEF 2024.

Patou était adhérent à l'AFASH et a participé à de nombreux JEF.

J'ai pu partager avec lui et avec l'ensemble de ses collègues, un repas bien convivial lors de notre premier passage à LIMOGES... Et puis quelques mois après la maladie a eu aussi raison de lui.



Jean Benoit et Patrick, reposez en Paix.
De là-haut, veillez sur les vôtres.
Nous vous disons à bientôt, car vous n'êtes pas partis, vous êtes juste de l'autre côté de la pièce.

Concernant les dossiers de l'AFASH, l'évolution des ambulanciers hospitaliers en filière soignante n'a rien apporté en termes de reconnaissance et de rémunération.

Nos attentes :

- La catégorie active pour reconnaître l'ambulancier au contact direct et permanent avec les patients.
- Reconnaître les ambulanciers hospitalier Smur comme une spécialité pour accéder à la catégorie B et ainsi rendre la profession attractive. (Exemple de perspective d'évolution : Un ambulancier du secteur privé qui pourrait intégrer les transports sanitaires internes dans un premier temps, puis formation et évoluer après en SMUR)
- Les ambulanciers Smur méritent d'être reconnus pour leurs compétences notamment depuis la mise en place des UMH-P.

La formation des ambulanciers Smur doit encore évoluer pour intégrer le travail binôme avec IDE dans le cadre de l'UMH-P.

Le code de la santé publique doit faire disparaître le mot « conducteur » dans ses articles en rapport avec la SMUR.

Ce sont que des sources de dérives et de mauvaises interprétations. Il faut que ce soit clair et net, la composition d'une équipe SMUR est : Médecin - Infirmier - AMBULANCIER ou Pilote.

Pour les UMH-P = Infirmier et Ambulancier.

C'est une juste reconnaissance de notre profession et de nos compétences. Cela permettra de créer des emplois.

Pour finir, j'adresse un grand merci à toute l'équipe du SAMU 87 et SAMU 19, dirigé par le Dr Dominique Cailloce et le Dr Dupuy Philippe pour leur accueil et toute leur énergie.

Une mention toute spéciale, à la Team Limouzi, dirigée d'une main de maître par leur président Mathieu Baranger, je sais qu'il n'a pas été seul, mais entouré d'une grande équipe vaillante et soudée font que ces JEF seront un Grand Millésime.

Un « Merci » bien spécial à tous les congressistes, exposants, et surtout à toute mon équipe qui m'accompagne, et bosse dur chaque jour de l'année pour l'AFASH, et pour notre profession.

Seul nous allons vite... Mais ensemble nous irons loin...



Antoine PEREIRA
Président de l'AFASH

Bienvenue à nos compagnons de soins pour ces journées d'étude et de formation des ambulanciers SMUR et Hospitalier. Le Limousin est fier et heureux de vous accueillir, particulièrement la Team Limouzi, à l'origine avec l'AFASH de ces journées de rencontre et d'échange. Le programme est dense, varié pour coller au mieux aux évolutions de la profession et du système de santé.

De l'expérience d'un véhicule SMUR électrique, le transfert carcéral, un transport ECMO et la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle, je souhaite que votre venue soit aussi enrichissante qu'agréable en ce printemps limousin.

Vous découvrirez que cette terre d'accueil de quelques jours, est un territoire de résistance historique, mais aussi d'innovation, animé par un esprit de partage et de solidarité comme en résonance avec les équipes SMUR et Hospitalières.

Venez pour découvrir, vous former et partager votre expérience.

Les ambulanciers de la Team Limouzi vous attendent nombreux.

Merci à tous ceux qui ont permis à ces journées d'exister. Merci à nos compagnons de soins d'être toujours à nos côtés, nous médecins, infirmiers, internes, stagiaires, de nous amener en sécurité auprès des détresses humaines, de nous aider dans leur prise en charge, et de partager nos joies et nos peines.

Je vous souhaite de très belles et enrichissantes journées, rendez-vous le mardi 14 mai à Limoges, nous serons tous sur le pont pour vous accueillir.

Dr Dominique CAILLOCE

Chef de service du SAMU-SMUR de Limoges



JOURNÉES D'ÉTUDE ET DE FORMATION (JEF) DES AMBULANCIERS



PUBLIC : Ambulanciers hospitaliers (SMUR, transports internes, psychiatrie) et ambulanciers privés mais également toute personne participant à l'Aide Médicale Urgente (AMU).
Formation accessible aux personnes présentant un handicap.

PRÉ-REQUIS : Aucun

DURÉE : 2 jours et demi soit 20h (présentiel)

HORAIRES : De 08h00 - 12h00 et de 13h30 - 17h30

DATES : 14 au 16 Mai 2024

LIEU : Stade Municipal BEAUBLANC - 23 Bd Beaublanc
LIMOGES

OBJECTIF DE LA FORMATION ET COMPÉTENCES VISÉES

- Développement des connaissances théoriques et pratiques
- Mise à jour des méthodes et techniques de travail
- Découverte et utilisation des nouveaux types de matériels

JOUR 1

Session 1 : Présentation de l'association Grégory Lemarchal

Session 2 : Présentation du SAMU 87

Session 3 : Présentation du SAMU 19

Session 4 : Les nouveaux gestes autorisés pour l'ambulancier

Session 5 : L'évolution paramédicale pour l'ambulancier

Session 6 : Comment améliorer les méthodes de travail de l'équipe médicale avec la Sim' mobile

Session 7 : SMUR périphérique : comment organiser l'approche d'un hélismur ?

Session 8 : Comprendre la gestion des transports sanitaires au TAP

Session 9 : L'ambulancier en milieu spécialisé

Session 10 : L'univers et le transfert médicalisé carcéral

Session 11 : Retour d'expérience ID BUZZ

Session 12 : Création d'une équipe d'ambulanciers SMUR dans une antenne périphérique

Session 13 : Les responsabilités de l'ambulancier

Session 14 : Comprendre le déroulement d'une carrière d'ambulancier hospitalier

Session 15 : L'équipe de secours face au secret médical

MÉTHODES ET SUPPORTS PÉDAGOGIQUES ET TECHNIQUES

- Évaluation des besoins et du profil du participant
- Apport théorique : Présentation sur PowerPoint projeté sur écran et envoyé par mail à la fin de la formation
- Questionnaire et exercices
- Réflexions et travaux sur cas pratiques
- Retours d'expériences

MODALITÉS D'ÉVALUATION

- QCM
- Grille d'évaluation
- Travaux pratiques
- Tests de contrôle de connaissances à chaque étape
- Entretiens avec le formateur

MOYENS PÉDAGOGIQUES ET TECHNIQUES D'ENCADREMENT DES FORMATIONS

Pédagogie active et participative. Apport théorique et méthodologique. Étude de cas. Atelier pratique. Les contenus des programmes s'adaptent en fonction des besoins identifiés pendant la formation. Pour bénéficier d'un meilleur accompagnement individuel nous limitons le nombre des participants

DOCUMENTS FOURNIS :

Support de cours au format PDF téléchargeable après la formation

JOUR 2

Session 16 : Gestion de l'agressivité / Conflits / Négociation

Session 17 : Adopter les bons comportements pour allier prise en charge vs enquête judiciaire

Session 18 : Conduite à tenir sous escorte de police

Session 19 : Améliorer les connaissances de l'ambulancier lors du transport néonatal

Session 20 : Les bonnes pratiques face à la douleur thoracique

Session 21 : Transport ECMO, fonction de l'ambulancier SMUR dans ce transport de haute technicité

Session 22 : Attitude à adopter par l'équipe SMUR devant les nouvelles générations de véhicules

Session 23 : Nouvelle technique de désincarcération avec extraction médicalisée

Session 24 : L'équipe médicale en milieu périlleux

Session 25 : Améliorer la place de l'ambulancier dans la gestion d'une SSE

Session 26 : Solution de gestion de crise extra-hospitalière SSE

Session 27 : L'utilisation du drone en SMUR

JOUR 3

Session 28 : Les relations entre les équipes SMUR et les soins palliatifs

Session 29 : La régulation médicale et ses évolutions

Session 30 : Table ronde ambulanciers et retour d'enquête. Point sur l'évolution de la profession.

Session 31 : ACASMUR 33 - JEF 2025

Session 32 : Correction questionnaire QUALIOPi

ASSOCIATION FRANÇAISE des AMBULANCIERS SMUR et HOSPITALIERS

Association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901

A.F.A.S.H. - BP 60042 - 81027 ALBI Cedex 09 - Tél. 06 48 75 97 34 - Mail : contact@afash.fr - Web : www.afash.fr
N° Siret : 492 272 232 00025 - N° de déclaration d'activité 76 81 01504 81 auprès du préfet de la région Occitanie

MOYENS PERMETTANT LE SUIVI ET L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS

Suivi de l'exécution en présentiel :

- Feuilles de présences informatisées des apprenants par demi-journée
- Remise d'une attestation de présence

Appréciation des résultats :

- Recueil individuel des attentes lors de la convocation
- Questionnaire d'auto-évaluation des acquis en début et en fin de formation
- Évaluation continue durant la session
- Remise d'une attestation de fin de formation
- Questionnaire d'évaluation de la satisfaction en fin de formation
- Bilan de fin de formation adressé au commanditaire, s'il ne participe pas à la formation
- Questionnaire individuel d'évaluation de l'impact de la formation après 2 mois.



Définissez LA solution adaptée au quotidien de vos équipes avec Lanéry by Gruau, **expert du spécifique**. Balisage, sérigraphie, aménagement intérieur, équipements électriques : Lanéry aménage tous types de véhicules avec des **solutions sur-mesure** adaptées à vos besoins.

Contacts
Nicolas Delhomme - 0616816585 - Nicolas.delhomme@gruau.com
Vivien Guillaud Debroue - 0675968493 - Vivien.gd@gruau.com

www.gruau-lyon.com
4 rue Fernand Pelloutier
69200 Vénissieux

Petit by Gruau, c'est **70 ans de savoir-faire** dans la transformation de véhicules sanitaires. **De l'ambulance au VLM**, nos experts répondent à vos cahiers des charges avec des solutions modulables. Toute l'expertise PETIT à votre service !



Contact
Vincent Laborde- 0619898360 - vincent.laborde@gruau.com

www.petit-ambulances.com
18 rue de Prony
37300 Joué-lès-Tours

L'association TEAM LIMOUZI est née le 25 novembre 2019 à l'initiative des Ambulanciers SMUR de Limoges.

Au départ l'association fut créée pour l'organisation des Journées d'Étude et de Formation, et trouver un cadre organisationnel à la réalisation de ce projet.

Dès sa création, les 13 Ambulanciers SMUR de Limoges, soit la totalité de l'équipe, se sont engagés, rapidement rejoints par les collègues des SMUR périphériques Haut-Viennois et Corrziens.

La dynamique se faisant, les collègues des autres corporations (médecins, cadres de santé, IADE, IDE, ARM, secrétaires...) de tous sites confondus, ont adhéré avec enthousiasme au projet des JEF Limoges et apportés leur soutien actif tant à l'organisation qu'à la vie de l'association.

L'association compte actuellement une centaine d'adhérents. Ce chiffre est une belle réussite car l'un des buts de l'association était également de fédérer autour des Ambulanciers SMUR l'ensemble des corps de métiers qui composent les SAMU-SMUR. Cela a contribué à renforcer les liens et le partage entre les collègues Limousin, et développer la cohésion d'équipe.

Les membres de la Team Limouzi ont œuvré toutes ces années en partenariat avec l'AFASH pour vous proposer des JEF qui nous l'espérons répondrons à vos attentes.

Nous tenons à remercier Antoine Pereira, le président de l'AFASH pour sa confiance ainsi que tous les membre du bureau AFASH pour leur disponibilité, leur soutien et leur écoute tout au long de la construction du projet.

Nous remercions également notre chef de service et notre cadre de santé qui nous ont soutenus dès le premier jour, notre Direction d'établissement pour sa bienveillance et son aide, ainsi que tous les acteurs des collectivités territoriales pour leur soutien.

Nous dédions ce congrès à un des membres fondateurs de ce projet, une figure de notre équipe, un pilier de notre SMUR, notre « Patou » présent à de nombreuses JEF, qui nous a quitté trop tôt.

Nous vous attendons donc nombreux en Terre Limousine les 14-15 et 16 mai 2024 au stade d'honneur de Beaublanc à Limoges, site emblématique Européen pour les amateurs de sport !

La TEAM LIMOUZI





LES DAUPHINS

CARROSSIER CONSTRUCTEUR

LOCATION, VENTE, FINANCEMENT,
MATÉRIEL MÉDICAL



 Ambulances Type A et B, VLM,
VSL, TPMR, Police etc...



Les Dauphins
FUNÉRAIRE



Les Dauphins
VÉHICULES PARTICULIERS



Faites comme
moi,
optez pour la
solution
Dauphins !



Pour visiter notre showroom multimarques :
1 à 3 avenue de la Trentaine 77500 à CHELLES,
appelez nous au : **01.64.26.11.11**

Faisons reculer la mucoviscidose !

Le combat de Grégory

Vainqueur de la Star Academy en 2004, Grégory s'est battu durant toute sa carrière pour faire oublier dans les médias sa maladie et exercer son métier d'artiste normalement. Mais peu de temps avant de nous quitter, toujours avec cet espoir fou de voir arriver cette transplantation pulmonaire qui aurait pu le sauver, il avait clairement exprimé sa volonté : « Je ne peux plus me taire. Une fois que je serai greffé, je ne me tairai plus ! ». Ne plus se taire, montrer au plus grand nombre la dure réalité de la mucoviscidose, raconter le véritable combat que mènent au quotidien et sans répit les personnes qui en sont atteintes, sensibiliser au don d'organes pour sauver des vies... Voilà quels étaient les souhaits de Grégory. Voilà ce qu'il avait au fond des tripes.

L'Association Grégory Lemarchal

Après le décès de Grégory Lemarchal de la mucoviscidose le 30 avril 2007, à l'âge de 23 ans, ses parents, Laurence et Pierre, et sa sœur, Leslie, ont décidé que le succès et le courage de Grégory devaient servir à mobiliser le grand public pour mieux combattre cette maladie génétique mortelle. Ainsi est née l'association qui porte désormais son nom ! Aujourd'hui nous continuons son combat, fidèles à la promesse de ne jamais baisser les bras. Et c'est ensemble, et seulement ensemble, que nous gagnerons.



Pierre et Laurence Lemarchal - Crédit Photo : Julien Knaub

Nos actions du quotidien

Grâce au soutien de nos donateurs, nous pouvons :

- Financer les programmes de recherche pour sauver des vies.
- Rénover les services hospitaliers dédiés à la mucoviscidose (CRCM) pour mieux soigner.
- Apporter des aides financières pour passer un "cap difficile" ou concrétiser des projets de vie.
- Accompagner grâce à la Maison Grégory Lemarchal

les adultes atteints de mucoviscidose pour se construire un projet de vie.

- Sensibiliser à la nécessité du don d'organes.



Hôpital Necker

La mucoviscidose c'est quoi ?

La mucoviscidose est l'une des maladies génétiques mortelles les plus fréquentes en France et en Europe. Elle touche principalement les voies respiratoires et le système digestif. La lutte contre cette maladie invalidante reste pour les patients et leur famille un combat quotidien. Elle nécessite des soins quotidiens contraignants dès la naissance pour retarder l'évolution de la maladie vers un stade d'insuffisance respiratoire terminal, responsable du décès.

Agissez avec nous !

L'Association Grégory Lemarchal est une association indépendante qui agit uniquement grâce à l'aide de ses donateurs. Alors si vous aussi, vous voulez agir avec nous, envoyez GREG5 ou GREG10 par SMS au 92777 pour donner 5 ou 10 €.

Vous pouvez aussi faire un don sur :
don.association-gregorylemarchal.org

Un grand merci pour votre soutien.

Suivez-nous sur Facebook & Instagram :
[@associationgregorylemarchal](https://www.instagram.com/associationgregorylemarchal)

En savoir plus : www.association-gregorylemarchal.org



► Les Ambulances SMET considèrent que chaque patient a droit d'accès aux soins, peu importe sa situation géographique et sa pathologie.

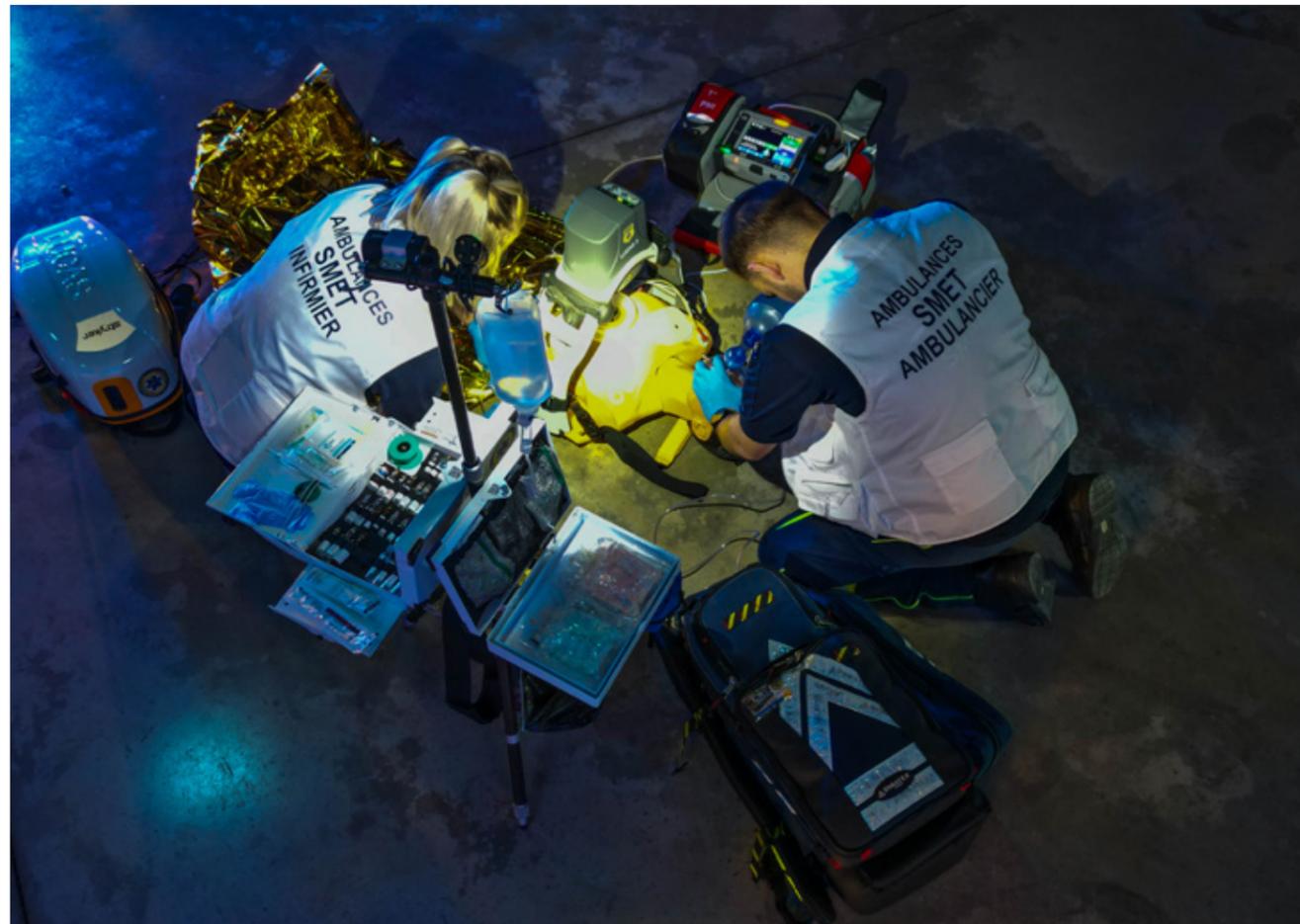
► Le service médical des Ambulances SMET dispose de protocoles très aboutis, permettant de prendre en charge un éventail de pathologies dans le cadre préhospitalier, en garde postée, des Ambulances de Secours et de Soins d'Urgence à leur bord un Ambulancier(e) Diplômé(e) d'État et un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'État. L'objectif est d'augmenter les chances du patient et d'apporter un réel confort lors du transport ou afin d'être un maillon primo-intervenant en attente d'une équipe médicale SMUR au cœur d'une zone rurale.

► En l'absence d'un médecin, l'infirmier diplômé d'état est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, est formé à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin prescripteur (Docteur GRANJON. F, Directeur médical des Ambulances SMET). L'infirmier des Ambulances SMET

est habilité à pratiquer ces protocoles médico-dé-légués après avoir suivi une formation spécifique.

► En collaboration avec l'autorité médicale, l'infirmier accomplit les actes de conservatoires nécessaires, il prend également toutes les mesures en son pouvoir afin de transmettre les données médicales au médecin régulateur du SAMU dans un but de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Et si le binôme Ambulancier D.E / Infirmier D.E était une des réponses adaptées à la conjoncture actuelle ? ■



Suite à la parution du décret n° 2022-622 du 22 avril 2022, relatif aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU), le CESU 87 a mis en place la formation de 21 h prévue par l'arrêté du 31 octobre 2022. Depuis mars 2023, nous la proposons à tous les ambulanciers privés participant à l'AMU.



Nous avons décidé d'en faire bénéficier également les ambulanciers du SMUR et du service de transport interne du CHU afin qu'ils puissent mettre à jour leurs connaissances et leur diplôme. En 2023, 75 ambulanciers ont été formés et de nouvelles sessions sont prévues en 2024.



Nous avons souhaité connaître l'intérêt porté par les ambulanciers à la formation à ces nouveaux actes, mais aussi les éventuels freins à leur application. Nous nous sommes évidemment intéressés aux régulateurs afin de savoir si ces nouvelles compétences avaient modifié leur pratique. ■



S. Sebban - PH SAMU Urgence
S. Bareux - Cadre service Urgence



Chaque année en France, sur environ 650 000 sorties effectuées au global par les SMUR, 20 000 d'entre elles sont assurées par un moyen aérien, dont environ 13 000 par les appareils (HÉLISMUR) mis à disposition des SAMU.

L'hélicoptère fait partie intégrante de la Structure de Médecine d'Urgence et de Réanimation (SMUR), et celui-ci vient compléter la panoplie des moyens engagés, sur décision du médecin régulateur du SAMU. L'appareil est du reste équipé et armé à l'identique des autres unités mobiles : une équipe médicale telle que définie par la réglementation, un lot de matériel technique et médical de soins et de réanimation permettant la prise en charge de patients en état critique, et un équipage de conduite de l'hélicoptère. L'Hélicoptère est principalement engagé sur des interventions de type primaire (suivies ou non d'un transport de patient), ou encore sur des interventions de type secondaire (transfert inter-hospitalier de patient).

En France, les hélicoptères qui équipent certains centres Hospitaliers, sont mis en place contractuellement dans le cadre d'un marché public. Au terme d'un appel d'offres, l'un des trois principaux prestataires aériens, actuellement positionnés sur le marché français du secours aérien (SAF ; HBG ; Babcock MCS France), est retenu pour assurer la mise en place de plusieurs hélicoptères au niveau d'une même région administrative (donc au niveau de l'ARS). Bien que mis à disposition exclusive des SAMU, les hélicoptères ainsi positionnés, et les équipages chargés de leur mise en œuvre et de leur entretien, ne dépendent néanmoins pas organiquement des SAMU mais de la société prestataire de service.

Ainsi, à titre d'exemple, en 2017 la société Babcock MCS France a remporté le marché pour la Région Nouvelle-Aquitaine, et depuis octobre 2017 elle équipe les CHU/CH de Poitiers, Limoges, Périgueux, Bordeaux, et Bayonne (1 hélicoptère par base).

En règle générale, les bases « Hélicoptère » assurent une continuité opérationnelle selon un régime H24 (jour et nuit) ou H12 (de 8H00 à 20H00). La base de Limoges quant à elle, fonctionne selon le régime du H24. Pour assurer ses missions aériennes, la base est composée de 6 pilotes et 6 assistants de vol (TCM). Le service est donc assuré pour 7 jours consécutifs par un équipage (1 Pilote/1 TCM) de jour (8H00/20H00) et un équipage de nuit (20H00/8H00), ce qui assure une continuité de service au profit du SAMU87. S'agissant des bases H12, l'activité aérienne s'interrompt en fin de journée vers 20H00, et ne reprend que le lendemain à compter de 8H00.

L'activité aérienne annuelle est très variable selon les bases et les régions. Toujours à titre d'exemple, la base « Hélicoptère » de Limoges assure annuellement environ 600 missions d'évacuation sanitaire (à l'exception de l'année 2023), qui pour moitié environ sont des missions de type primaire, et pour l'autre moitié sont des missions de type secondaire. La base intervient principalement dans les départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse, et à la demande des SAMU voisins, ponctuellement dans les départements du Puy de Dôme, de la Dordogne, de la Vienne, de l'Indre et de la Charente. Dans le cadre des missions de transport inter-hospitalier, la base de Limoges est en mesure d'intervenir partout en France, après entente entre les SAMU concernés.



L'activité aérienne des Hélicoptères mis à disposition des SAMU relève du transport public aérien. Elle est régie par une réglementation très spécifique, émanant de l'EASA (Agence Européenne pour la Sécurité Aérienne) et déclinée au niveau national, par la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC/DSAC) pour ce qui concerne la France. La spécificité des missions aériennes effectuées au profit des SAMU, dans le cadre du secours à personne (SMUH ou HEMS), est bien sûre prise en compte et réglementée. Cette réglementation européenne et nationale, s'impose sans distinction à tous les exploitants qui assurent une activité de transport aérien commercial (avions/hélicoptères). Pour des raisons spécifiques, chaque compagnie aérienne peut à son niveau choisir de restreindre davantage les normes et réglementations imposées par l'EASA (donc la DGAC). Il arrive parfois, que cette réglementation soit perçue comme limitative et contraignante, notamment par le corps médical ou encore les équipages d'hélicoptères eux-mêmes. En effet le facteur temps étant très souvent essentiel voire vital dans le cadre du secours à personne, il peut arriver que les contraintes liées au cadre réglementaire définissant les conditions d'engagement de l'hélicoptère (météo, accès à bord, masse

à respecter.....) viennent contrarier le recours au vecteur aérien. Mais chacun doit être convaincu que cette réglementation a pour but de cadrer l'emploi de l'hélicoptère afin de limiter au maximum les risques d'incident, voire d'accident aérien.

Il est vrai qu'alors que les appareils des SAMU, effectuant leurs missions SMUH dans le cadre du transport aérien commercial, sont soumis à une réglementation spécifique, les appareils d'état (Gendarmerie Nationale, Sécurité Civile, Douane, Armées...) ne sont quant à eux pas régis par la même réglementation. Ils sont en effet régis par un règlement d'emploi propre à chaque entité. Ainsi des contraintes et exigences réglementaires différentes, impliquent nécessairement des possibilités opérationnelles différentes pour les équipages d'hélicoptères, et par voie de conséquence des décisions divergentes quant à la faisabilité d'une mission de secours hélicoptère.

Selon le principe de la subsidiarité, lorsque le moyen dédié du SAMU (Hélicoptère) est déjà engagé, indisponible, ou ne peut effectuer la mission de secours pour des raisons techniques ou opérationnelles, un médecin régulateur peut solliciter l'appareil d'état le plus proche. Mais il peut également arriver que celui-ci soit lui-même déjà engagé, et donc que les délais d'intervention soient allongés, car chaque entité aéronautique d'état a en charge un certain nombre de missions dédiées qui peuvent emporter la priorité sur une mission SMUH. Sur demande d'un SAMU, les hélicoptères de la Sécurité Civile et/ou de la Gendarmerie Nationale peuvent apporter leur concours aux missions d'Aide Médicale Urgente. Mais leurs missions propres peuvent rendre leur disponibilité aléatoire, ce qui est difficilement compatible avec la réactivité nécessaire d'un SMUR. Mais lorsque la mission est acceptée l'équipage de la SC ou de la GN, celle-ci doit être organisée et gérée par la régulation médicale du Samu-Centre 15,

qui doit prendre en compte les délais de départ du vecteur, imposés par la mise à disposition opérationnelle de l'hélicoptère. En outre le recours à ces deux entités présente les inconvénients suivants :

- médicalisation des hélicoptères de la Sécurité Civile et de la Gendarmerie Nationale actuellement hétérogène, ne répondant que rarement aux besoins et exigences de l'AMU.
- si l'hélicoptère (SC ou GN) est basé à distance de l'hôpital, il doit en premier lieu rejoindre le CHU pour embarquer l'équipe Smur avant d'assurer sa mission (délais parfois importants).
- Si le choix est fait de positionner l'équipe Smur sur la base SC ou GN, cela induit des difficultés de gestion d'équipe SAMU d'où une perte d'efficacité médicale.

En résumé, en fonction de l'urgence de la situation et de l'état du patient à médicaliser et à transporter, l'hélicoptère demeure un maillon indispensable dans la chaîne de l'aide médicale d'urgence. Ce vecteur permet en effet à la fois de réduire considérablement les délais d'accès aux soins d'urgence (intervention et retour vers le plateau technique adapté), et d'augmenter le confort pour le patient durant son transfert. De manière générale, lorsque le moyen hélicoptère est utilisé de manière adaptée et pertinente, les délais du transport (missions primaires et secondaires confondues) sont deux, voire trois fois inférieurs à ceux nécessaires pour une intervention par voie routière.

Enfin, le médecin régulateur du SAMU demeure le seul expert médical apte à évaluer le bénéfice apporté par le vecteur aérien au regard de la situation médicale du moment, et donc le seul à décider l'engagement de ce moyen. L'équipage de l'hélicoptère quant à lui, reste le seul expert aéronautique apte à accepter, refuser ou même annuler une mission aérienne après décision d'engagement du médecin régulateur, sur les seuls critères de conditions météorologiques ou techniques. ■

CHAQUE SECONDE COMPTE !



HemoCue® Hb 801
Le dosage de l'hémoglobine
ultra-rapide et fiable

www.hemocue.fr

☎ 01 60 44 05 05

✉ info@hemocue.fr

 **HEMOCUE®**

www.apcross.fr

Comprendre la gestion des transports sanitaires au TAP

Costa Stéphanie (cadre de santé), Vernaudeau Nicolas (ADE),
Georges Geoffrey (ADE), Renaudeau Pierre

AFASH



Le service du STAM (service de transport par ambulance des malades) a été créé en 1976. Il était composé d'ambulanciers, ASHQ et d'ouvriers spécialisés.

Ses objectifs étaient de transporter les patients accueillis sur les 3 sites annexes du CHU pour des transferts ou des consultations.

Aujourd'hui, le CHU est composé de 5 annexes dans lesquelles les ambulanciers sont amenés à intervenir.

STAM est devenu le TAP (Transport par Ambulance des Patients) en 2019. Il est composé de 35 ambulanciers diplômés DEA dont un référent chef d'équipe qui travaillent de jour comme de nuit. Le service fonctionne 7j/7.

Il possède 5 ambulances de type C, 4 TPMR, une ambulance frigorifique pour les transports de corps, une ambulance bariatrique mutualisée avec le SMUR et 2 VSL.

Leurs différentes missions sont de transférer les patients d'un établissement à un autre, de les accompagner pour des examens ou consultation, de transporter des patients de leur domicile à l'hôpital de jour de gérontologie et d'assurer leur retour à domicile.

Ils sont aussi en appui pour faire l'accueil des équipes hélicoptérées lorsque les équipes du SMUR sont en intervention.

Ils travaillent en collaboration avec le service des transplantations en assurant l'accueil et le retour des équipes médicales à l'aéroport.

Un poste quotidien de coursier, assuré par un ambulancier, achemine du matériel et/ou des produits pharmaceutiques et/ou sanguins à ces sites.

Afin d'organiser les différentes missions du TAP au sein de l'établissement un logiciel (PTHA) a été mis en place. Il permet aux différents services de faire leur demande et un ambulancier régulateur priorise les missions afin de les répartir aux différentes équipes d'ambulancier. Ce logiciel a pour but de formaliser les demandes et d'organiser au mieux la charge de travail. ■



Costa Stéphanie (cadre de santé),
Vernaudeau Nicolas (ADE),
Georges Geoffrey (ADE),
Renaudeau Pierre

Introduction

Il s'agit de la même intervention qu'en milieu extérieur ou privé. La différence étant de respecter scrupuleusement les règles de sécurité demandées et imposées par l'administration pénitentiaire.

Nous allons développer cette intervention en 3 phases.

- L'intervention en bâtiment et en cellule
- les personnels et le matériel
- l'évacuation et l'extraction du patient

L'intervention en bâtiment et en cellule

L'intervention du SMUR est convenu après un appel au centre 15 par l'Idc ou le médecin de l'unité sanitaire (et ou par SOS médecin en dehors des heures de présence d'un médecin). À l'arrivée du véhicule SMUR dans l'enceinte du bâtiment pénitentiaire, il reste 5 portes à passer pour atteindre la détention et accéder aux cellules des patients. La maison d'arrêt de Limoges est composé de 3 quartiers différenciés :

- le quartier homme : sur 3 niveaux, comprenant 58 cellules pour un nombre de détenus actuel d'environ 130
- le quartier femme : sur 2 niveaux, comprenant 10 cellules pour un nombre de détenues actuel d'environ 16
- le quartier des mineurs : au 2^{ème} niveau, comprenant 10 cellules pour un nombre de détenus actuel d'environ 7.

Seul le quartier mineur est unicellulaire. Les autres cellules des quartiers hommes et femmes sont équipés d'un lit double superposé pouvant accueillir, parfois, un troisième matelas au sol.

Les personnels et le matériel

La cellule où se trouve le patient devra préalablement être évacuée des autres codétenus. Si cette intervention est réalisée à l'unité sanitaire, l'ensemble des autres patients en consultation sera également évacué pour laisser l'équipe SMUR intervenir dans les meilleures conditions de sécurité. Dans les deux situations d'intervention, la plus grande vigilance est demandée afin que tout se déroule sans accident. Il est important de ne laisser aucun instrument coupant ou tranchant à portée de main du patient. Tout ustensile et/ou matériel devra impérativement être compté et récupéré après l'intervention par le personnel soignant (de l'US et/ou SMUR). Dans le cas où l'intervention se déroule en cellule, dans la mesure du possible, il est recommandé de ne laisser entrer dans l'environnement du patient que les personnels et matériels vraiment essentiels. Durant toute l'intervention, les surveillants de la pénitentiaire resteront à proximité, après que l'ensemble des mouvements (détenus et intervenants extérieurs) aient été figés.

Une fois le patient technique et la prise en charge médicale validée, l'évacuation sur l'hôpital peut être réalisée.

L'évacuation et l'extraction du patient

Celles-ci sont réalisées selon le niveau de gravité de santé du patient, soit sur une chaise roulante, soit allongé sur un brancard. En fonction de la dangerosité du patient, l'administration pénitentiaire imposera soit le menottage simple au poignet, soit le menottage d'un poignet au fauteuil ou au brancard.

Pour le transport de l'ambulance vers l'hôpital, là aussi, l'administration pénitentiaire imposera, toujours selon la dangerosité et les risques liés au patient, une escorte. Celle-ci pouvant se décliner de deux façons :

- escorte simple : un véhicule de l'administration pénitentiaire composé de trois personnels est détaché spécifiquement pour accompagner le SMUR.
- escorte renforcée : un véhicule de l'administration pénitentiaire composé de trois personnels est détaché spécifiquement pour accompagner le SMUR. En plus, une escorte de la police composée d'un à deux véhicules selon les exigences convenues au préalable, participeront à l'accompagnement vers l'hôpital. Dans ces deux types d'escortes, un personnel de l'AP peut être amené à rester auprès du patient dans le véhicule SMUR.

À l'arrivée à l'hôpital, la vigilance est toujours de vigueur. Le patient restera sous la surveillance continue des forces de l'ordre et/ou de l'AP.

Si l'hospitalisation est décidée, le patient sera dirigé vers une chambre carcérale dédiée. En cas d'hospitalisation supérieure à 72 heures, un transfert du patient se fera vers une unité spécialisée UHSI de Bordeaux, avec les mêmes dispositions de mise œuvre sécuritaire.

Conclusion

La prise en charge purement médicale par le SMUR d'un patient incarcéré ne varie pas considérablement d'autres interventions en milieux difficiles. La spécificité d'une intervention à la maison d'arrêt de Limoges réside principalement dans les risques spécifiques liés à la dangerosité du patient détenu. À tout moment, les personnels médicaux peuvent se trouver en présence d'individus qui pourraient profiter d'un transfert extérieur dans un véhicule non sécurisé (a contrario des véhicules de l'AP), pour tenter une évasion, avec les dangers associés (prise d'otage par exemple). ■

Gibeau Vincent

Les points essentiels

- Nécessité d'avoir du personnel formé.
- Parfaite connaissance et maîtrise du matériel embarqué.
- Savoir s'adapter à une situation et à un environnement inhabituel.
- Connaissance et application des différentes procédures d'hygiène.

L'ambulancier SMUR peut être amené dans le cadre de ses missions à participer à des transports inter-hospitaliers de nouveau-né ou de nourrissons. Ces prises en charge spécifiques sont motivées lors d'une détresse vitale patente ou potentielle et lorsque le pronostic fonctionnel est gravement menacé.

Notre SMUR néonatal est spécialisé dans la prise en charge du grand prématuré jusqu'au 28^{ème} jour de l'enfant.

Notre SMUR Limoges est positionné à proximité d'une maternité de niveau 3.

En moyenne 101 transports avec pédiatre (gd prématuré jusqu'au 28^{ème} jour) à l'année.

Ce transport médicalisé ne s'effectuera qu'après une régulation médicale auprès du SAMU.

- L'ambulancier SMUR doit être titulaire du diplôme d'état d'ambulancier ainsi que de la formation d'aptitude à l'emploi d'ambulancier SMUR ou un module pédiatrie lui a été enseigné ainsi qu'une expérience dans ce type de transport.

Il fait partie intégrante de l'équipe médicale lors de la prise en charge du nouveau-né dans le respect de ses compétences.

Ces transports nécessitent de la part de l'ambulancier une connaissance de tous les matériels présents ainsi que l'incubateur de transport pesant 209 kg présent dans son ambulance.

Le matériel du module incubateur

Le module intègre :

- un incubateur de transport avec batterie intégrée ;
- une bouteille d'air et une bouteille d'oxygène de 5 litres chacune ;
- un respirateur dont les modèles diffèrent selon les SMUR ;
- un appareil multiparamétrique comprenant un cardio moniteur avec module oxymètre de pouls, une capnographie et un module de mesure de pression ;
- des pousses seringues électriques.
- l'ensemble des médicaments et du matériel de perfusion, d'intubation et sondes gastriques se trouvent dans un sac dit pédiatrique et suit l'incubateur dans tous ses déplacements de façon à apporter un soin immédiat dans une zone hors d'un service de soin.

Le personnel embarqué dans l'ambulance néonatale

- un pédiatre ;
- un ambulancier SMUR ;
- un IADE.

La prise en charge du nouveau-né en service de soins

À l'arrivée dans le service demandeur l'ambulancier participe à la préparation de la couveuse afin d'accueillir le nouveau-né (régler la température de celle-ci en mode cutanée).

- Son travail consiste à ouvrir les gaz médicaux, ainsi que la mise sous tension des pousses seringues électriques si besoin et de mettre l'appareil multiparamétrique sur le nouveau-né.

Le respect des règles d'hygiène

Lors des soins de prise en charge du nouveau-né par l'équipe médicale, l'ambulancier se retrouve souvent seul avec la famille. Son rôle est de les rassurer sur cet imposant brancard couveuse et de leur expliquer avec des termes simples la fonction de chaque appareil s'ils en ressentent le besoin.

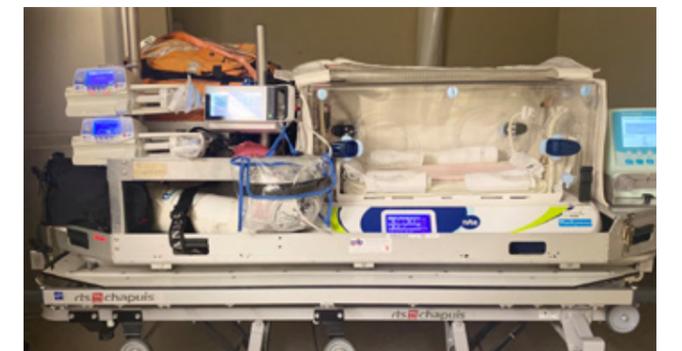
- Il récupérera l'objet transitionnel du nouveau-né (doudou, etc...) qui a une importance avérée lors de la prise en charge.

Départ vers le service de néonatalogie

- Avant tout départ l'ambulancier s'assure que le nouveau-né est coquillé et sanglé.
- L'ensemble du matériel et du personnel est attaché.
- Le module incubateur sera branché sur le convertisseur du véhicule pour une alimentation électrique continue.

Arrivée à l'HME service de néonatalogie

- Lors de son arrivée dans le service d'accueil du nouveau-né, l'ambulancier rebranche le module sur secteur.
- Dès que le nouveau-né sera sorti de l'incubateur, l'ambulancier se chargera de nettoyer l'incubateur et de le désinfecter ainsi que tous les matériels multiparamétriques et pousses seringues électriques utilisés.
- L'ambulancier réapprovisionnera son ambulance de réanimation en fluide et matériel si besoin afin d'être disponible dans les plus brefs délais. ■





pour des chocs cardiogéniques d'étiologies diverses (postopératoire de chirurgie cardiaque, infarctus du myocarde, toxiques...) et, en extrême urgence, en cas d'arrêt cardiaque.

Etant donné que l'ECMO est utilisée principalement dans des cas où le patient ne pourrait pas survivre sans cette machine, les contre-indications sont surtout en lien avec la possibilité que le patient retrouve une vie normale. On recherche des antécédents médicaux particulièrement lourds, une perte d'autonomie débutante ou encore, en cas d'arrêt cardiaque, l'absence de massage immédiat.

Le circuit de circulation extra-corporelle d'une ECMO est composé de canules, de lignes, d'une pompe et d'un oxygénateur. Le sang quitte le corps du patient par une canule veineuse qui peut être positionnée en jugulaire ou en fémoral. Il est aspiré à travers la ligne (ou tubulure) par la pompe. Il s'agit d'une pompe centrifuge, qui n'interrompt pas le flux sanguin, et dont le débit dépend de la disponibilité du sang en amont et des contraintes en aval. C'est-à-dire que le débit de la pompe diminue s'il y a un obstacle avant ou après elle, comme une plicature de tubulure. Après la pompe, le sang passe dans l'oxygénateur qui assure son enrichissement en oxygène et l'évacuation du dioxyde de carbone (CO_2). L'oxygénateur est souvent couplé à un réchauffeur qui permet de maintenir le sang à une température souhaitée. Sorti de l'oxygénateur, le sang passe par la ligne de réinjection pour aller jusque dans la canule. Celle-ci est soit veineuse, en fémoral ou jugulaire, soit artérielle, souvent en fémoral.

Une fois l'ECLS posée, il peut être nécessaire de déplacer le patient soit pour l'amener dans un centre de chirurgie cardiaque, soit vers un centre disposant de techniques particulières comme la greffe cardiaque ou pulmonaire. Il s'agit alors d'un transport à haut risque avec un patient qui est souvent fragile et sédaté.

L'ECLS expose le patient à de nombreuses complications. Elle produit une hémolyse, c'est-à-dire la rupture des globules rouges, de façon plus ou moins importante avec le temps. L'anticoagulation qui y est associée peut participer à provoquer des saignements. Il peut y avoir des troubles dans le flux de sang oxygéné appelé syndrome d'Arlequin.

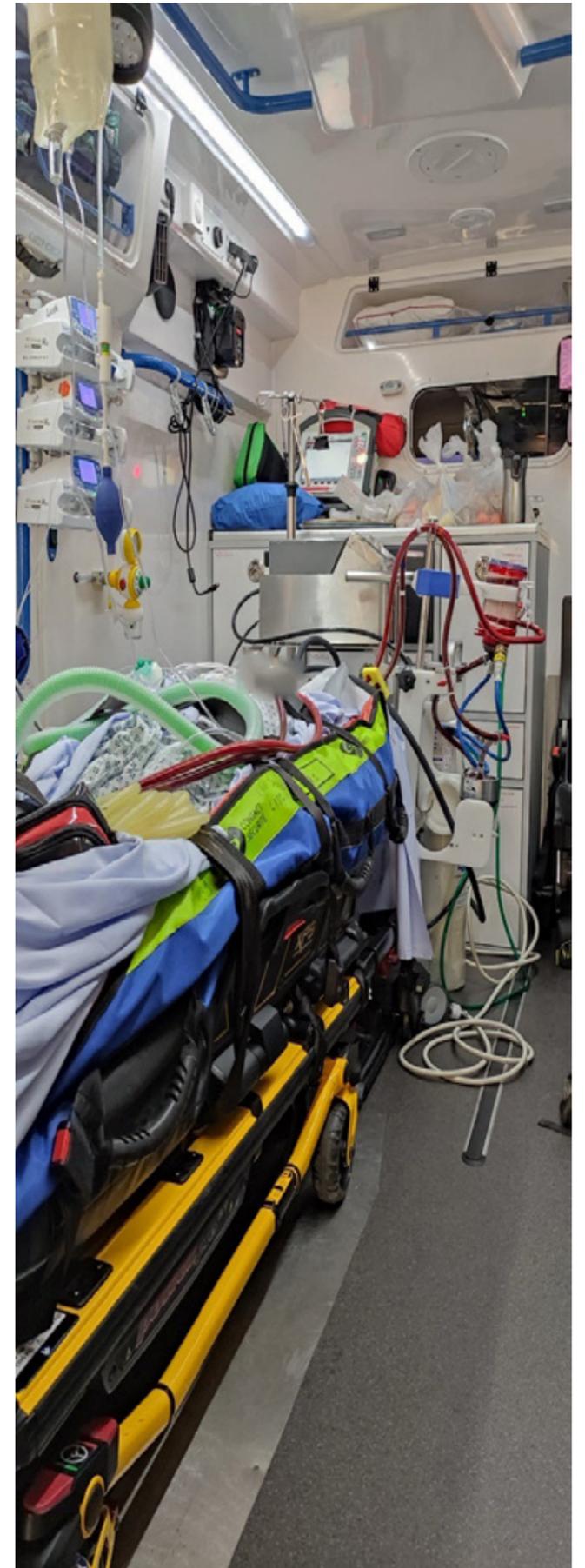
Durant le transport, l'ECLS expose le patient à des complications particulières. La plus grave d'entre elles est la décanulation accidentelle. La mobilisation du patient et de la machine peut entraîner des trac-

tions sur l'insertion d'une canule. Le débit d'une ECLS pouvant être de 4L/min, en cas d'extraction de la canule artérielle, le patient perd l'intégralité de son sang en près d'une minute. Aussi, la prévention de la décanulation est extrêmement importante. C'est pourquoi, lors du transport d'un patient sous ECLS ou ECMO, c'est la personne chargée de surveiller les canules qui dirige les transferts. Par ailleurs, l'équipe assurant le transport doit prévenir la survenue de pannes électriques ou d'oxygène. De telles pannes sont aisément évitables et particulièrement dangereuses. La machine possède généralement une batterie, mais celle-ci peut ne pas être suffisante pour assurer l'ensemble du parcours. Il faudra donc prévoir des temps de charge, comme dans une ambulance équipée, et anticiper une augmentation du temps d'utilisation de la batterie non prévue initialement, à cause de difficultés d'installation par exemple. Pour l'oxygène, il ne faut oublier ni l'utilisation de la machine, ni celle du patient. Le calcul de la quantité d'oxygène à provisionner devra donc prendre en compte ces deux facteurs.

Enfin, les patients sous ECMO présentent un encombrement particulièrement important : en plus de la machine d'ECMO et des canules, ils sont souvent accompagnés de plusieurs seringues électriques, d'un respirateur et de monitoring, et parfois d'autres machines qui agissent en complément de l'ECMO. Cet encombrement important doit être pris en compte pour le déplacement du patient. Il peut aussi gêner la mobilisation du patient et mener à des adaptations comme monter le patient à l'envers dans l'ambulance.

En conclusion, le transport d'un patient sous ECMO/ECLS est un événement rare mais à très haut risque et qui nécessite une anticipation particulière et une attention soutenue lors des transferts. ■

Dr Pihan Franck



Chez un patient, une défaillance cardiaque ou pulmonaire qui dépasse les ressources thérapeutiques habituelles peut conduire à l'utilisation de machines pour assurer temporairement, quelques jours à quelques semaines, la fonction de l'organe défaillant.

La machine d'ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) est une machine de circulation extracorporelle qui permet d'assurer les échanges gazeux en dioxygène (O_2) et dioxyde de carbone (CO_2). Elle pallie ainsi à la défaillance pulmonaire. Elle ne nécessite que des abords veineux, on parle d'ECMO veino-veineuse (ECMO-VV).

Cette même machine peut aussi être utilisée en cas de défaillance cardiaque ou cardio-pulmonaire. Elle assure alors les échanges gazeux et délivre un débit qui vient remplacer celui, défaillant, de la pompe cardiaque. Elle nécessite donc un abord veineux et un abord artériel. Elle est alors une machine d'ExtraCorporeal Life Support (ECLS), mais comme il s'agit de la même machine, on parle aussi d'ECMO veino-artérielle (ECMO-VA).

La défaillance pulmonaire indiquant la pose d'une ECMO-VV est rencontrée principalement dans deux pathologies : le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et le COVID-19. L'ECMO-VA est utilisée

Depuis 2018, des sapeurs-pompiers de la Haute-Vienne ont constitué une équipe « Secours Routier ». Cette dernière participe aux compétitions nationales organisées chaque année par la Fédération Nationale des sapeurs-pompiers de France (Challenge National Secours Routier et Secours d'Urgence Aux Personnes / SR-SUAP) mais elle réalise également de la sensibilisation aux risques routiers lors de différentes manifestations à destination du « grand public ».

Elle est composée d'agents du SDIS 87 (5 sapeurs-pompiers professionnels dont 2 infirmières sapeurs-pompiers, et 1 sapeur-pompier volontaire).

Les objectifs de cette équipe à travers ces compétitions sont :

- de progresser dans la prise en charge des victimes parallèlement aux évolutions du monde automobile,
- de développer des techniques et des notions qui sont partagées entre sapeurs-pompiers,
- d'échanger sur la thématique « secours routier » entre sapeurs-pompiers, fournisseurs, constructeurs et experts français voire européens lors d'un rendez-vous dédié. ■



Coopération interservices GRIMP, SAG et SAMU 19

Genèse

Il existe sur le département de la Corrèze, plusieurs services publics mais qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. En 2015, la SAG (Section aérienne de la gendarmerie) et le GRIMP (Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux) partageant cette notion de service public et d'assistance aux personnes se rencontrent pour voir les possibilités de coopération.

Toujours centrés sur l'intérêt de la victime, les premiers échanges ont permis de mettre en commun les compétences, techniques et matériels de chacun.

De cette coopération est né un programme d'entraînement et de compréhension des contraintes opérationnelles.

Ouverture au SAMU

En 2022, un RETEX sur un secours en milieu périlleux, met en exergue une problématique sur l'intégration de l'équipe

SMUR au dispositif de secours.

Suite à cela, afin d'améliorer l'interopérabilité dans ces milieux spécifiques, des contacts sont établis entre les différents services.

Entraînements

Des exercices conjoints sont réalisés afin de pouvoir intervenir en sécurité en prenant en compte les contraintes de chacun. La mise en place d'entraînements, de difficultés croissantes, ont permis d'intervenir dans des situations complexes avec l'ensemble des intervenants. Ces échanges ont fait évoluer techniquement les différents intervenants.

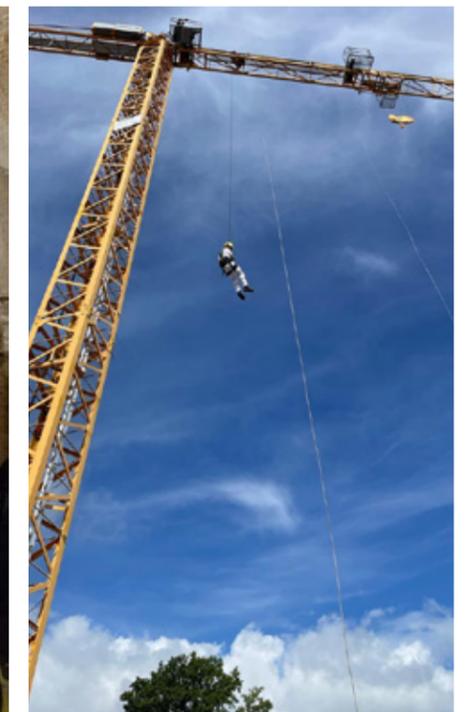
Missions opérationnelles

Le département de la Corrèze compte de nombreux sites naturels et/ou touristiques potentiellement accidentogène (aussi bien dans les domaines du loisir que du professionnel). La diversité des risques (escalade, randonnée, accidents forestiers et agricoles...) a orienté le choix des entraînements afin de pouvoir répondre aux besoins départementaux.

À ce jour de multiples interventions ont eu lieu en Corrèze et ont permis de mettre en avant de nombreux avantages parmi lesquels : projection de primo intervenants, de matériels, d'évacuation par hélitreuillage, de dépose auprès d'un vecteur terrestre ou de transport sanitaire aérien.

Cela a permis d'améliorer d'une façon générale la collaboration et les échanges relationnels entre les différents services d'où un gain de temps pour les intervenants mais surtout pour les victimes.

Ces interventions ont eu un effet boule de neige sur les départementaux limitrophes puisqu'une coopération avec les équipes spécialisées des SDIS 24 et 46 s'est mise en place. ■



Le Samu de Toulouse présente son équipe de télépilotes et ses drones.

L'exposition et la médiatisation de drones a mis en lumière des solutions innovantes pour les services de secours et d'urgences. Les drones offrent de nouvelles possibilités de surveillance, de cartographie, de repérage et de livraison de fournitures médicales par exemple. La nouvelle réglementation européenne souligne l'importance de la sécurité et de l'intégration des drones dans l'espace aérien. Ces avancées promettent un avenir certain pour l'utilisation des drones en situation sanitaires exceptionnelles.



Deux télépilotes viendront présenter les 3 drones utilisés au Samu 31, leurs rôles et les plus values qu'ils peuvent apporter lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Un support vidéo sera diffusé et les intervenants pourront répondre aux questionnements des congressistes. ■



Spark

defining a new era

1655 Avenue de la Méditerranée
13180 Gignac-la-Nerthe
France

spark.stem.it



Les équipes du SAMU/SMUR sont confrontées à la mort quasiment à chaque garde de façon plus ou moins rapide, plus ou moins violente. Nous entrons souvent dans la vie des gens en coup d'éclat, pour un laps de temps court mais émotionnellement et intellectuellement intense.

À chaque fois pourtant, il faut accompagner, soigner, aider, être dans le soin actif mais aussi dans la justesse des décisions.

La question des prises en charge palliatives préhospitalières fait souvent l'objet de débriefing tant les avis sont partagés sur la place des équipes SAMU/SMUR dans ce genre de prise en charge, depuis la régulation jusqu'à la prise en charge au domicile. Ceci résulte de l'aspect chronophage de ces situations et de l'absence de formation des équipes sur cette thématique.

Pourtant l'article 38 du Code de Déontologie Médicale rappelait le devoir « d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, d'assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, de sauvegarder la dignité du malade et de reconforter son entourage ».

L'anticipation de l'accompagnement des personnes en fin de vie est depuis devenue une priorité de santé publique depuis le plan national 2015-2018 (pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie), et offre en théorie le droit d'organiser sa fin de vie à domicile.

La médecine d'urgence croise souvent la route de la médecine palliative malgré la différence de temporalité entre ces deux spécialités.

Une réflexion commune avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs sur la mise à jour d'une fiche d'aide à la régulation (fiche « Urgence Pallia ») est en cours en Limousin pour tenter de fluidifier les prises de décisions.

Cette fiche est destinée aux effecteurs du SAMU-Centre 15 (assistants de régulation médicale, médecins régulateurs de permanence de soins ou d'aide

médicale d'urgence) ainsi qu'au médecin intervenant à domicile.

Il s'agit de répertorier les patients en situation de soins palliatifs au domicile, sur un outil informatique prédéfini en amont.

Le motif principal d'appel au 15 est la présence de symptômes incontrôlés : ils peuvent être un symptôme réfractaire au traitement (douleurs, troubles digestifs...) ou une décompensation bruyante d'une problématique déjà connue (dyspnée, hémorragie, agitation...) engageant ou non le pronostic vital à court terme. Ils sont très souvent anticipés et expliqués au patient et à l'entourage mais entraîne un aspect très anxiogène en cas de décompensation. Les aidants verbalisent de façon quasi systématique un sentiment d'impuissance et le fait d'être dépassés.

La fiche Pallia Samu doit recenser les informations médicales sur la pathologie, les souhaits du patient pour sa fin de vie, et la prise en charge souhaitée si une décompensation apparaît. Elle sera une aide précieuse pour le médecin régulateur et l'équipe SMUR envoyée sur place.

La Société Française de Soins Palliatifs a présenté une fiche nationale disponible en ligne (Annexe 1).

Fiche URGENCE PALLIA	
Concernant une personne en situation palliative <input type="checkbox"/> ou palliative terminale <input type="checkbox"/>	
Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.	
RÉDACTEUR Nom :	Statut du rédacteur :
Téléphone :	ou tampon :
Fiche rédigée le :	
PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	NOM : Prénom :
Rue :	Né(e) le :
CP :	Ville :
N° SS :	Téléphone :
Accord du patient pour la transmission des informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible	
Médecin traitant :	Joignable la nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA ¹ Tél :
Médecin hospitalier référent :	Tél :
Service hospitalier référent :	Tél :
Lit de repli possible ² :	Tél :
Suivi par HAD :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Tél :
Suivi par EMSP :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Tél :
Suivi par réseau :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Tél :
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone :	
Pathologie principale et diagnostics associés :	
Le patient connaît-il son diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Son pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
L'entourage connaît-il le diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Le pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
Projet thérapeutique :	
Symptômes et risques possibles : Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →) :	
Produits disponibles au domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Prescriptions anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
DÉMARCHÉ PRÉVUE <input type="checkbox"/> Avec accord patient le : <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Projet d'équipe si accord patient impossible	
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Souhaitée si aggravation <input type="checkbox"/> Envisageable <input type="checkbox"/> Refusée autant que possible <input type="checkbox"/> NA	
Soins de confort exclusifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Décès à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Massage cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Ventilation non invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Intubation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Usage d'amines vaso-actives : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Trachéotomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Remplissage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Directives anticipées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Rédigées le : / / <input type="checkbox"/> Copie dans le DMP	
Personne de confiance : Lien : / / Tél : / /	
Où trouver ces documents ?	
Autre personne à prévenir : Lien : / / Tél : / /	

Annexe 1

Une fiche inspirée de ce prototype est en cours de validation en Limousin (Annexe 2).

FICHE URGENCE-PALLIA	
ADMINISTRATIF Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Adresse : Tél : Personne de confiance : Identité : Tél : Personne à prévenir : EMSP : HAD : Autres :	MEDICAL Pathologie : Directives anticipées : oui/non Décès à domicile : oui/non Hospitalisation : oui/non Remarques :
TRAITEMENTS Traitements en cours répertoriés au domicile du patient. Réanimation : oui/non VNI : oui/non Intubation : oui/non Trachéotomie : oui/non Amines : oui/non Sédation en cas de détresse aiguë : oui/non Remarques :	

Annexe 2

En conclusion, le SAMU/SMUR fait partie intégrante de la chaîne de prise en charge palliative, étant une ressource accessible jour et nuit, avec une réponse rapide à la problématique. L'outil de la fiche « Pallia SAMU » permet une prise de décision personnalisée et rapide, la situation étant anticipée et le patient et sa famille informés. ■

Dr Pauline FEYDEAU

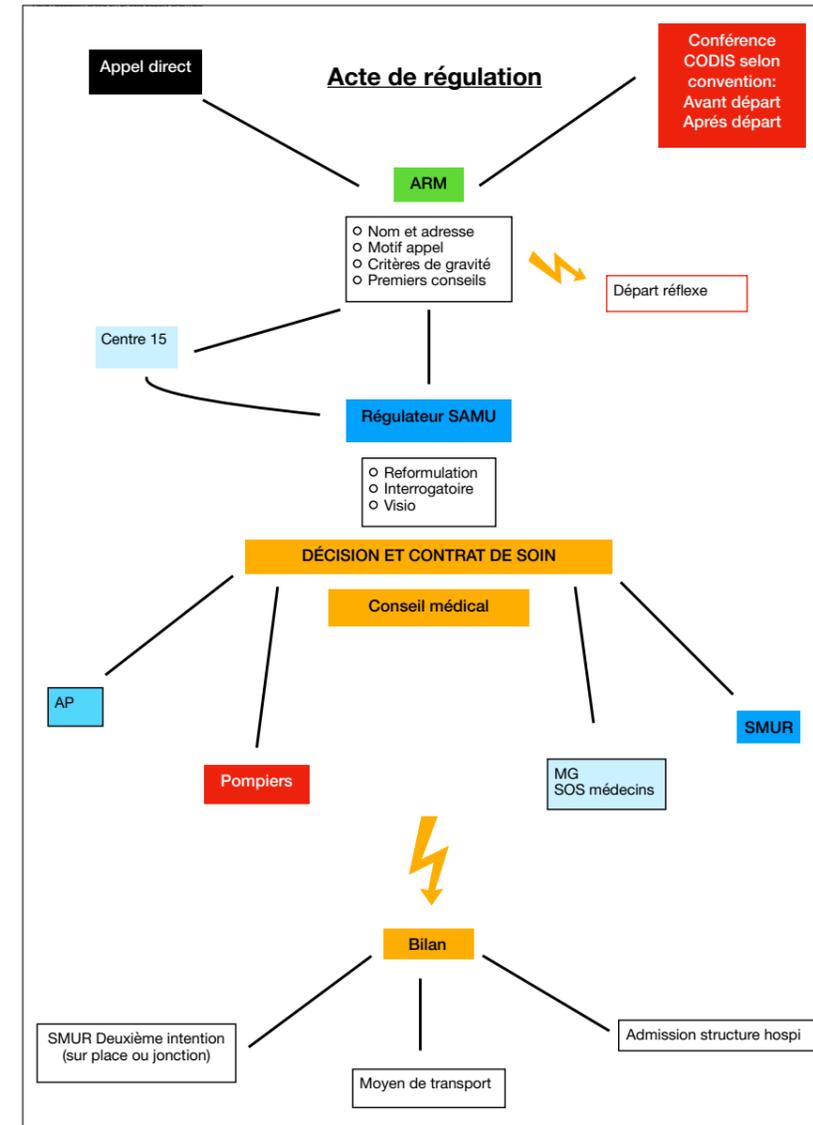
La régulation médicale et ses enjeux

Dr Julie DELON-CAUTRES, SAMU 87



La régulation médicale en France trouve ses racines dans la circulaire du 15 mars 1969, établissant un numéro unique d'appel d'urgence, le 15. L'objectif initial était de réduire les délais d'intervention en cas d'urgence médicale. Au fil des années, cette régulation a évolué pour intégrer des protocoles médicaux avancés, mettant l'accent sur la priorisation des interventions, l'orientation des patients vers les structures de soins appropriées et la gestion des ressources médicales. Aujourd'hui facteur d'égalité et de cohésion sociale, elle tient une place centrale dans le système de santé français et garantit l'équité d'accéder aux soins.

Réguler est une acte médical réalisé au téléphone permettant la prescription du juste soin, c'est-à-dire la réponse la mieux adaptée à la demande compte tenu de l'organisation en place, du contexte et des ressources disponibles. C'est un exercice délicat effectué par un ou plusieurs médecin(s) régulateur(s) entouré(s) d'assistants de régulation médicale au sein d'un centre de régulation étroitement connecté aux SDIS. Tout appel d'urgence inhérent à la santé, à l'intégrité physique ou au pronostic vital d'une personne doit aboutir et être supervisé par un médecin régulateur.



Au terme d'un interrogatoire téléphonique, le régulateur doit préciser pour chaque appel un niveau de soin, estimant ainsi l'urgence de la prise en charge et le moyen le plus adapté. Mais il doit aussi suivre chacune des interventions de ces effecteurs et veiller à l'orientation adéquate du patient.

À tout instant, le centre de régulation se trouve le garant du bon usage des ressources disponibles sur son territoire mais aussi de la pertinence de la répartition des orientations dans les différentes structures

Réguler s'avère un exercice délicat, fortement soumis au risque médico-légal. Nombre d'affaires dramatiques sont régulièrement médiatisées. Les acteurs de la régulation sont confrontés à de multiples situations difficiles, outre les motifs d'appels fortement chargés émotionnellement, comme le refus de soin, la fin de vie ou l'agressivité. Ils doivent aussi veiller à favoriser l'entente et la communication avec les différents acteurs de terrain afin d'assurer une prise en charge optimale. Enfin, ils devront savoir se réinventer encore pour faire face aux défis de demain, comme l'avènement du SAS. ■

Dr Julie DELON-CAUTRES, SAMU 87

OUEST MÉDICAL SECOURS

MATÉRIELS & ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

VENTE DE MATÉRIEL MÉDICAL, NEUF ET RECONDITIONNÉ

DIAC MEDICAL

PARTENAIRE ET AGENT EXCLUSIF EN FRANCE DU LEADER MONDIAL DE MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENTS RECONDITIONNÉS.

DIAC MEDICAL est le premier vendeur mondial d'ambulances d'occasion et d'équipements d'ambulance médicale remis à neuf. Diac Médical est la référence en matière de distribution de matériel médical haut de gamme reconditionné.

N'HÉSITEZ PLUS, PASSEZ LE PAS ET SAUTEZ SUR L'OCCASION !

CONTACTEZ-NOUS

1 rue des Orchidées - 35650 LE RHEU

06 16 44 30 68

www.ouestmedicalsecours.fr

contact@ouestmedicalsecours.fr

BSE Concepteur et fabricant de véhicules sanitaires
innovants, performants & durables

UMH
VLM
VSL

100% ELECTRIC
RENAULT

référéncé
UniHA UGAP

CONTACT COMMERCIAL
Thomas DUMAS - 06 86 42 20 11
t.dumas@bse-ambulances.com
10 rue Mentaberry, 64700 Hendaye
BSE-AMBULANCES.COM

Ambulancier au CH Esquirol

Equipe de Transport et d'Accompagnement des Patients en Psychiatrie (ETAPP)

La spécificité de la prise en charge des personnes hospitalisées au sein du Centre Hospitalier Esquirol a amené l'établissement à créer l'Équipe de Transport et d'Accompagnement des Patients en Psychiatrie.

À ce jour, elle est constituée de 7 Ambulanciers tous titulaires du DEA (Diplôme d'Etat d'Ambulancier) et de 6.5 Paramédicaux (IDE, AS).

Les ambulanciers et les soignants assurent le transport et l'accompagnement des patients hospitalisés au CHE devant subir un examen ou se rendre à une consultation. Une demande est adressée via INTRANET par l'unité d'hospitalisation. Le patient pris en charge par un soignant de l'ETAPP est accompagné pendant toute la durée du rendez-vous. L'équipe assure le transport et l'accompagnement :

- Des ECT (Electro-convulsivo-Thérapie)
- Au Tribunal de Grande Instance
- À la Cour d'Appel
- Des admissions des détenus
- Des admissions des patients en placement depuis

le CHU, le domicile ou d'un autre établissement

- Des sorties thérapeutiques
- Les transferts des patients en unités pour malades difficiles
- Le ramassage des prélèvements laboratoires

La procédure PR-MTE-001 consultable sur ENNOV explique la chaîne des actions à mettre en œuvre. Chaque jour le planning d'accompagnement des patients est formalisé pour le lendemain. Lorsque le nombre de rendez-vous est trop important, il peut être fait appel aux soignants des unités pour assurer l'accompagnement.

Les rendez-vous sont assurés de 8h à 17h par l'équipe puis de 17h à 8h par l'astreinte plus week-end et jours fériés.

L'ETAPP, équipe pluridisciplinaire qui assure différentes missions au sein de l'hôpital est une véritable interface entre les différents services, cette activité doit donc impliquer l'ensemble des acteurs afin d'optimiser les ressources humaines et matérielles. La collaboration entre les unités d'hospitalisation et l'ETAPP est capitale pour une bonne prise en charge du patient. ■

ACO FORMATION

SAMU / SMUR
TRANSPORT D'URGENCE
TRANSPORT DE SANG
POLICES MUNICIPALES
DOUANES

FORMATIONS SPÉCIFIQUES
À LA CONDUITE EN INTERVENTION D'URGENCE

SAMU / SMUR
CENTRE DE FORMATION DE RÉFÉRENCE
25 ANS D'EXPÉRIENCE



VIPER



LEGER



ROBUSTE



MOTORISÉ



On n'arrête pas l'évolution

Nouveau brancard motorisé VIPER

Chargement et déchargement sans effort
Fonction démarrage et arrêt progressif

10g

KG

Jusqu'à
320kg

FERNO
France

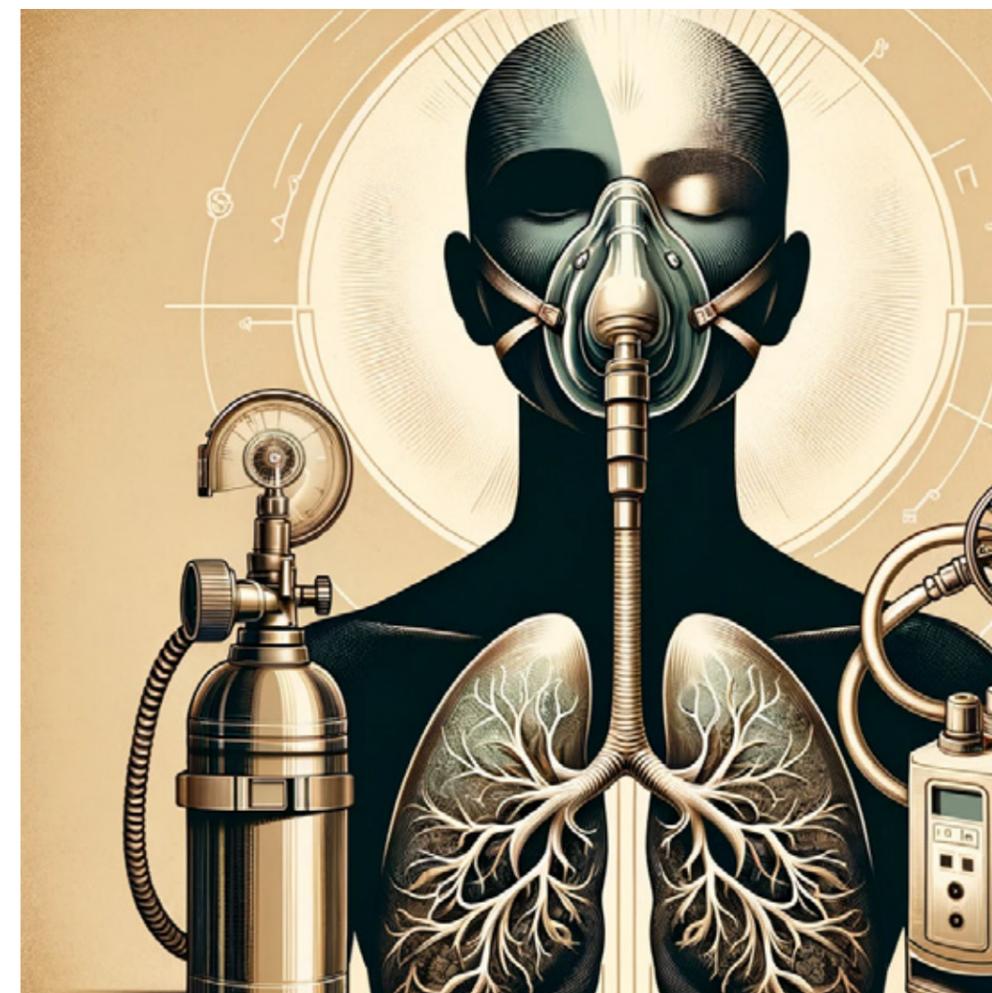
info@dumont-securite.fr
www.dumont-securite.fr

L'oxygénothérapie et les supports ventilatoires en médecine d'urgence sont des interventions cruciales pour la prise en charge des patients présentant une détresse respiratoire. Ces techniques visent à améliorer l'oxygénation et à assister la ventilation alvéolaire, en tenant compte des spécificités physiopathologiques de chaque patient. La gestion de l'oxygénothérapie implique une compréhension approfondie des mécanismes d'hypoxémie et d'hypercapnie, ainsi que des effets bénéfiques et potentiellement nocifs de l'administration d'oxygène.

Les équipements d'oxygénothérapie varient de simples dispositifs comme les lunettes nasales et les masques à oxygène, à des systèmes plus complexes comme les ventilateurs mécaniques, utilisés pour la ventilation invasive et non invasive. Le choix du matériel et du mode d'administration doit être adapté aux besoins du patient, basé sur une évaluation clinique rigoureuse et un suivi continu de l'état respiratoire du patient.

En médecine d'urgence, la ventilation mécanique peut être nécessaire pour les patients incapables de maintenir une ventilation alvéolaire adéquate en raison de pathologies aiguës ou de complications liées à des interventions. Les ventilateurs offrent une gamme de modes ventilatoires, du support total à l'assistance partielle, permettant une individualisation du traitement. Les modes ventilatoires incluent la ventilation contrôlée par volume et la ventilation à pression positive, chacun ayant des indications spécifiques et nécessitant une compréhension des principes de la mécanique respiratoire pour une application optimale.

La ventilation non invasive, telle que la VNI, représente une alternative importante à la ventilation mécanique invasive, en offrant un soutien respiratoire sans nécessiter d'intubation trachéale. Ces techniques peuvent réduire le besoin d'admis-



sion en unité de soins intensifs et sont associées à une diminution de la morbidité et de la mortalité dans certaines populations de patients, comme ceux souffrant d'insuffisance cardiaque aiguë ou d'exacerbations de maladies pulmonaires obstructives chroniques.

En résumé, l'oxygénothérapie et les supports ventilatoires jouent un rôle vital dans la gestion des urgences respiratoires. Leur succès dépend de la sélection appropriée du dispositif, du mode de ventilation, et de l'ajustement précis des paramètres ventilatoires, guidés par une évaluation clinique minutieuse et une compréhension approfondie de la pathophysiologie respiratoire. ■

Début 2000, le métier d'ambulancier se professionnalisait sur toute la Suisse avec l'arrivée d'un plan d'études cadre fixant les modalités de formation, les compétences attendues et les conditions d'obtention du diplôme d'ambulancier dispensé en écoles supérieures. Nous présentons cela lors des JEF à Beaune en 2018, mais où en est ce jeune métier en 2024 ? Comment la profession a-t-elle évolué ? Quelle place occupe l'ambulancier dans le système de santé ?

Une fois diplômé, l'ambulancier, bénéficie d'une autorisation de pratique ad personam délivrée par son employeur selon la réglementation cantonale. Il applique les protocoles interne propres au canton du lieu d'exercice.

La corporation ambulancière est la plus importante dans le domaine pré hospitalier Suisse, puisque le transport sanitaire ne relève que de compétences professionnelles.

Afin de pouvoir évoluer au fil des années, une poignée de motivés (il faut le dire) ce sont pris en charge et ont commencé à se former dans divers univers afin de permettre une autonomisation de la formation et de la profession.

À ce jour, si la profession est reconnue, elle peut également mettre en avant le fait que l'ambulancier ne s'est pas arrêté à l'obtention de son diplôme d'école supérieure. Parmi les possibilités d'évolution de carrière, nous trouvons une multitude de possibilités de formations telles que :

- Praticien formateur ambulancier en entreprise, se charge de l'encadrement et du suivi des étudiants
- Formateur à la pratique professionnelle, en charge de la planification et du suivi de la formation continue en service de sauvetage ou en institution de formation
- Enseignant diplômé ES, chargé de cours, responsable de filière en école supérieure.
- Experts aux examens fédéraux, évaluateurs aux examens
- Experts en régulation d'urgence
- Cadre des Organisations de Secours (COS)
- CAS en qualité des soins
- CAS en recherche clinique

Toutes ces formations accessibles avec le diplôme d'ambulancier ES, sont de niveaux CAS, DAS, MAS selon les recommandations de la formation professionnelle.

Certificate of Advanced Studies (CAS)

Le Certificate of Advanced Studies (CAS) est un certificat que l'on obtient au terme d'un cursus en cours d'emploi. Il correspond à un minimum de 10 crédits ECTS. Dans certains domaines, une combinaison de plusieurs CAS permet l'obtention d'un MAS.

Diploma of Advanced Studies (DAS)

Le Diploma of Advanced Studies (DAS) est un diplôme que l'on obtient au terme d'un cursus en cours d'emploi. Il correspond à un minimum de 30 crédits ECTS.

Master of Advanced Studies (MAS)

Le Master of Advanced Studies (MAS) est un titre de formation continue qui correspond à un minimum de 60 crédits ECTS. Un MAS ne doit pas être confondu avec un Master qui fait suite aux études de bachelier et demande la validation de 90 à 120 crédits ECTS. Pour être admis aux MAS, qui se déroulent généralement en cours d'emploi, il faut posséder un titre d'une haute école et disposer le plus souvent d'une expérience professionnelle. Ces programmes d'études apportent des connaissances et des compétences spécialisées supplémentaires soit dans son propre domaine, soit dans d'autres domaines scientifiques.

Prenons l'exemple ci-dessous, d'une jeune assistante vétérinaire arrivant dans le métier en 2001, qui gravit les échelons pour arriver à la tête de l'école d'ambulancier de Lausanne en 2024. Cela démontre la plus-value apportée par l'engagement personnel au bénéfice du système de santé. Malgré la jeunesse du métier, l'ambulancier a su se prendre en charge et s'émanciper en peu de temps.

Titres de formation :

2023
2022
2021
2016
2016
2014
2011
2009
2004
2001
1997
1996

Instructeur en 1^{er} secours en santé mentale ENSA
Attestation assistante RH et comptabilité
Master Public Administration
Diplôme Fédéral de responsable de formation
CAS management public HEG FR
Brevet fédéral formateur d'adulte
Enseignante en école supérieure diplômée
Certificat de formatrice
Ambulancière ES
Technicienne ambulancière
Assistante médicale certifiée
Assistance vétérinaire certifiée

Formations précédentes :

Janvier 2021-Mars 2021
Décembre 2019-janvier 2021

CAS en politiques sociales IDHEAP
MAS en Administration publique - Mémoire : Les stratégies de maintien à long termes dans la carrière d'ambulancier

Septembre 2020-Décembre 2020
Septembre 2019-Décembre 2019
Septembre 2018-juin 2019
2015- 2016
Juin 2003
Septembre 2001- mars 2002

CAS Management des organisations publiques
CAS en Evaluation des politiques publiques IDHEAP
DAS en administration public IDHEAP
CAS en Management Public HEG FR
Cours de pédagogie institut IFSP Lausanne
Module de transition au CESU

En conclusion, le fait que les plans de formations soient régis et définis, n'est pas suffisant pour une autonomisation de la profession. Celle-ci dépend du degré d'implication des acteurs de terrain, ce sont eux et eux seuls qui sont à même de prendre en charge l'évolution de leurs pratiques. Il est important de former et informer à tous niveaux du métier, que ce soit les anciens comme les jeunes, chacun peut faire avancer le système en s'appuyant sur les textes et recommandations en vigueur pour en tirer les avantages et le mettre en œuvre. ■

Bruno PUVELAND

Ambulancier ES / Formateur ES ASUR

En France, la gestion de l'urgence vitale pré-hospitalière est historiquement basée sur un système à deux échelons :

- L'échelon secouriste, qui regroupe les sapeurs-pompiers (volontaires ou professionnels), les ambulanciers, les acteurs associatifs...
- L'échelon médical, avec principalement les SMUR. Historiquement, le département de la Sarthe est peu doté en moyens médicaux pré-hospitaliers. Le nord du département est couvert par les SMUR de l'Orne. Le sud-ouest par le SMUR du Pôle Santé Sarthe et Loir, qui subit des fermetures aléatoires répétées. Deux équipes SMUR sont situées au Mans, au centre du département, et assurent la prise en charge d'environ 500 000 personnes, avec des délais d'intervention dépassant parfois l'heure. En parallèle, l'offre de soins est considérablement dégradée avec des perspectives négatives. Le département est fortement sous doté en médecins généralistes et spécialistes, et en infirmiers libéraux. De plus, les services d'accueil des urgences, notamment de proximités, sont en difficultés et subissent des fermetures de plus en plus régulières. En 2019, un travail est débuté afin de proposer des solutions innovantes pour améliorer l'accès aux soins de la population, notamment pour ce qui concerne la médecine d'urgence pré hospitalière.

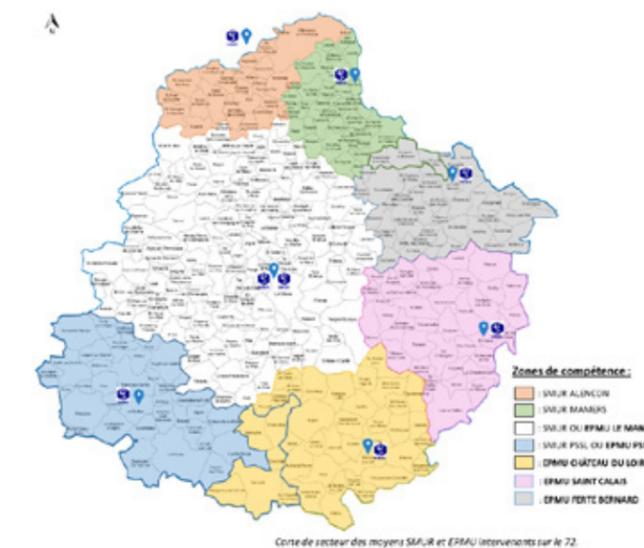


En mai 2021, s'appuyant sur le pacte de refondation des urgences ainsi que sur les protocoles infirmiers de soins d'urgences validés par la SFMU, une expérimentation « d'équipes paramédicales d'urgence » est lancée, et perdure aujourd'hui. Les objectifs de cette expérimentation sont multiples :

- Positionnées sur les sites hospitaliers périphériques, elles interviennent en précurseur des moyens SMUR de la zone, afin d'apporter un bilan infirmier précis au médecin régulateur et d'anticiper les thérapeutiques urgentes.
- Dans des situations sans doute diagnostic, elles assurent une prise en charge infirmière aux patients, dans l'attente de leur transport sur un centre hospitalier adapté.
- Enfin, le champ du transport paramédical sur intervention primaire est également exploré. Ces équipes sont composées d'un infirmier ou infirmier anesthésiste et d'un AS ou AS/ambulancier - pour ces derniers, l'objectif est de tendre à la double compétence à 100% -.



Tous deux sont expérimentés en médecine d'urgence (pré-requis de 3 ans d'expérience), avec une formation spécifique pour cette activité avant leur prise de poste. Ils interviennent à l'aide d'un véhicule léger auprès des patients en collaboration avec les équipages de prompt secours, et parfois les équipages SMUR. En dehors des activités extra hospitalières (interventions, formations, vérifications et entretiens des matériels...) l'équipe se positionne en renfort des professionnels des services de soins, selon une fiche de tâches définie. Aujourd'hui, le SAMU 72 a déployé cinq équipes paramédicales (cf. carte 1), et bénéficie d'un recul de près de trois ans sur cette activité - équipe paramédicale d'urgence de Château du Loir ouverte le 3 mai 2021 -. Après plus de 2500 interventions réalisées, nous vous présenterons un bilan de notre activité. Ensuite, un professionnel ambulancier détaillera son quotidien, et son rôle en intervention. Enfin, après un point réglementaire, nous échangerons sur les perspectives concernant l'échelon paramédical en médecine d'urgence pré-hospitalière. ■



Carte de secteur des moyens SAMU et EPMU intervenants sur le 72.

Carte 1



MenKorn NOVI, de la société CrisiSoft, est une solution logicielle d'aide au pilotage d'une situation critique impliquant de nombreuses victimes, à destination des SAMU.

Cette solution logicielle, conçue comme un logiciel de régulation de crise, permet un pilotage tactique et opérationnel d'une situation NOVI (ou d'une situation avec un impact fort sur la régulation courante) depuis la salle de crise du SAMU jusqu'au terrain où des fonctionnalités très opérationnelles sont proposées aux utilisateurs des SMUR, dans le cadre d'un dispositif PRV ou PMA.

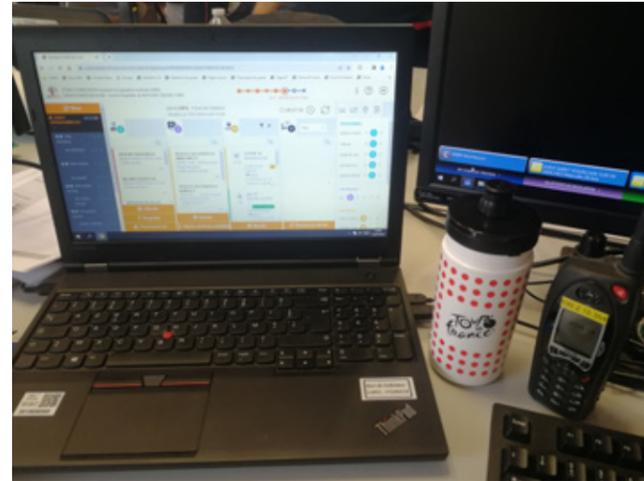
Les fonctions d'alerting, de rappel, de mobilisation de renfort et de supervision (entre autres) sont des fonctionnalités mises à disposition de la salle de crise afin de permettre non seulement une compression du temps pour la phase de montée en puissance du dispositif, mais également pour recentrer l'humain sur des actions précises et le libérer des ruptures de tâches induites par la répétition de messages similaires, à de multiples interlocuteurs, par des réponses au téléphone.

L'alerting sur des interlocuteurs stratégiques permet la diffusion d'un message et l'accès à un observatoire de crise qui permettra aux décideurs, mais également aux responsables des services impactés et sollicités, de suivre en temps réel l'ensemble des données de la situation, sans recourir au téléphone et donc en évitant la démobilitation de personnels « précieux » pour la phase de montée en puissance du dispositif requis.

Le rappel de personnel inclus dans la solution MenKorn NOVI permet lui aussi de piloter la mobi-

lisation de renforts de personnels sur les services requis (SAMU, SMUR, PSM, CUMP, etc) en n'engageant que les besoins nécessaires.

MenKorn NOVI est la seule solution actuellement disponible qui ne propose pas que le principe du « bouton rouge » à savoir la mobilisation de masse sans pilotage des ressources sollicitées. MenKorn



NOVI permet donc d'ajuster, en fonction du besoin et de l'évolutivité de ce dernier, l'engagement des ressources nécessaires.

En situation NOVI, les ambulanciers du SMUR, comme de nombreux autres profils métier, sont sollicités pour la prise en charge des victimes. MenKorn NOVI permet à ces utilisateurs des fonctionnalités et des actions qui sont à envisager dans un cadre d'évolution des pratiques. En effet, MenKorn NOVI vise à permettre que les victimes les plus graves d'un événement soient le plus vite possible identifiées, traitées (notamment en damage control) et orientées vers un établissement de santé adapté à sa situation où un service d'accueil pourra anticiper sa prise en charge avant l'arrivée de cette victime. Pour ceci, dès qu'une victime est identifiée avec une pathologie principale au minimum, cette victime apparaît sur la salle de crise du SAMU. Cette dernière peut donc lui attribuer une place hospitalière qui en sera immédiatement informée. Le service pressenti pour l'accueil de la victime pourra suivre, tout au long de la prise en charge « terrain », la fiche médicale de l'avant qui sera renseignée par les acteurs de terrain. Ainsi, l'accueil de la victime au moment de son arrivée pourra être optimal et permettre l'amélioration de la survie.

Dans les sites utilisateurs de MenKorn NOVI, les

ambulanciers SMUR se sont vu trouvé une tâche qui, jusqu'alors, ne leur était pas confiée. Les ambulanciers SMUR deviennent un acteur majeur dans l'identification des victimes. L'emploi de l'application mobile dans sa dimension « identification », simple d'appropriation, par les ambulanciers SMUR, permet au plus tôt de faire bénéficier à la salle de crise du SAMU une remontée de victimes exhaustives et surtout plus rapide que n'importe quel outil actuellement. Cette remontée, n'ayant pas vocation à permettre des « éléments de communication » par les autorités, permet au SAMU l'orientation sur des places hospitalières très rapidement et ainsi donner une possibilité d'évacuation très rapide au terrain. Les ambulanciers SMUR deviennent, même s'ils l'étaient déjà dans l'accompagnement des infirmiers et médecins, des acteurs majeurs dans la prise en charge des victimes d'une situation NOVI en permettant de raccourcir le temps passé loin d'une structure adaptée à leur état. ■

Société CrisiSoft

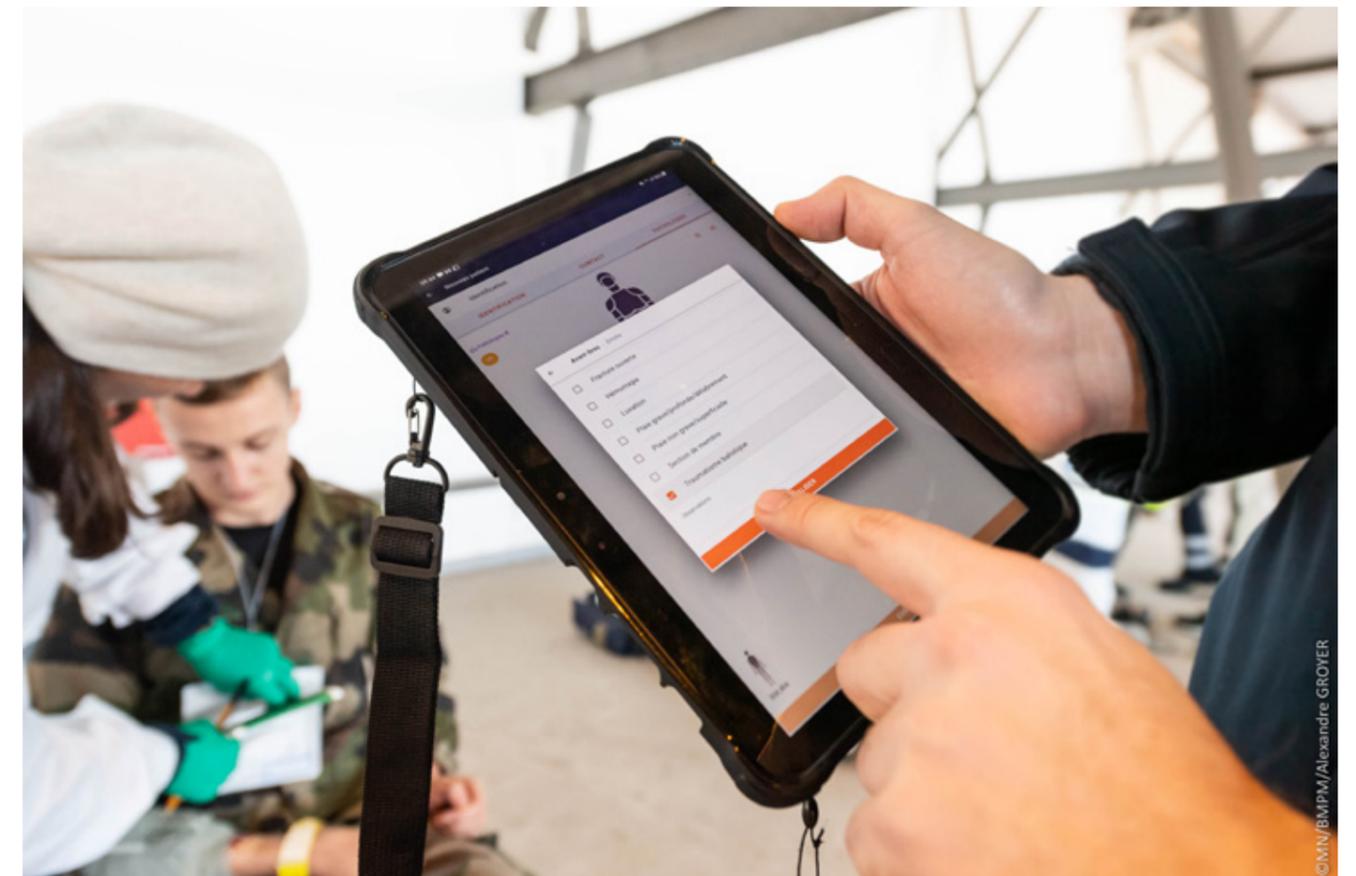
23, rue Parmentier - 03400 YZEURE

+33(0)458 001 115

contact@crissoft.com



MENKORN
by CrisiSoft



LES JOURNÉES D'ÉTUDE ET DE FORMATION DE L'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE

Ouvertes à tous les professionnels participant à l'Aide Médicale d'Urgence
Ambulancier - Infirmier
Médecin - Arm



Demande individuelle



Demande Formation Continue

BORDEAUX

Cité Mondiale BORDEAUX
Promenade de la Cité Mondiale
33000 BORDEAUX

13-14&15 MAI 2025



+ D'INFOS

sur <https://www.afash.fr/formations/>

Email : contact@afash.fr

Facebook : <https://www.facebook.com/AFASHofficiel>

Groupe Facebook JEF : <https://www.facebook.com/groupes/547557292246339>



ASSOCIATION FRANÇAISE des AMBULANCIERS SMUR et HOSPITALIERS
Association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901
A.F.A.S.H

Fiche de renseignement formation présentielle

Date du contact : _____

JOURNEES D'ETUDE ET DE FORMATION DE L'URGENCE PRE-HOSPITALIERE Ambulancier-Infirmier-Assistant de Régulation Médicale-Médecin

Date : 13/14/15 mai 2025

Lieu : Cité Mondiale, Promenade de la Cité Mondiale, 33000 BORDEAUX

1. L'établissement ou de l'entreprise

Nom de l'établissement/entreprise	
Nom et prénom du responsable	
Nom et prénom du contact	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	
Activité	
Code NAF	
Numéro SIRET	
Nombre de salariés	
OPCA	

2. Les stagiaires et les formations

Nom et prénom	Date de naissance	Fonction ou grade du stagiaire



3. Situation d'handicap

Afin de pouvoir accueillir dans les meilleurs conditions les stagiaires en situation d'handicap, merci de bien vouloir nous le signaler.

4. Les attentes et besoins

(Les informations collectées seront traitées par les formateurs lors de la formation)

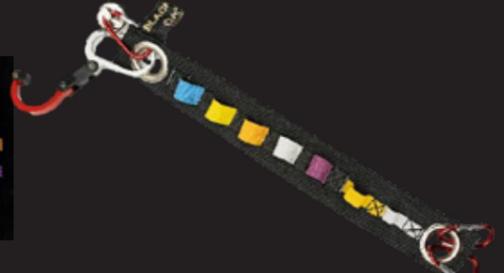


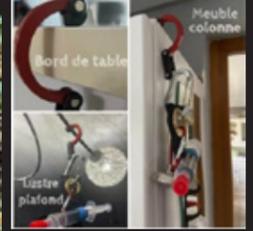
ATLAS
Né en intervention pour vivre les vôtres



ATLAS est un porte perfusion adaptable dans de nombreuses situations grâce à son aimant (carrosserie, barrières, frigo...) et son mousqueton crochet modulable (lustres, tables, branches...). Les élastiques de couleurs sur la sangle reprennent le code couleur de la SFAR, renforçant ainsi la sécurité en intervention et permettant le port des seringues.

OPIOÏDE: MORPHINE, SUFENTANIL
 HYPNOTIQUE: KETAMINE, ETOMIDATE, PROPOFOL
 BENZODIAZEPINE: MIDAZOLAM, CLONAZEPAN
 SYMPATHOMIMÉTIQUE: ADRENALINE, NORADRENALINE
 DIVERS: AMIDODACONE, ANTIHISTAMIQUE, EXACEL...






D'un geste, perfusions et thérapeutiques suivent la victime à chaque étape de sa prise en charge en s'adaptant à vos interventions tant courantes qu'en milieu dégradé voire périlleux.

Ce produit, issu du terrain, est léger et se glisse aisément dans une poche.

Il a remporté le trophée d'argent aux Trophées de l'innovation 2024 à Secours Expo.

Il est entièrement fabriqué en France, de sa matière première (hors mousquetons) jusqu'à sa confection dans un ESAT du Rhône.





IL EST TEMPS DE FAIRE DE VRAIES ÉCONOMIES !

LES PRIX AUGMENTENT PARTOUT SAUF CHEZ NOUS !

PROFITEZ DES SÉRIES ÉCONOMIQUES^{SE} DE LA MARQUE 

TOUJOURS AUX PRIX LES PLUS BAS !





PANTALONS
31.95€^{TTC}



GILETS D'INTER
31.50€^{TTC}



SOFTSHELLS
52.50€^{TTC}



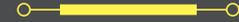
SWEATS
34.90€^{TTC}

POLOS
25.50€^{TTC}

KM CONCEPT - ZA HINTERALSPACH - 68240 KAYSERSBERG - WWW.KMCONCEPT.FR - TEL : 03 89 21 04 60

INNOVATION

iCONNECT
GÉNÉRATION



CABBRi

LE 1^{ER} CHARIOT AVEC CHARGEMENT MOTORISÉ




1"
Connexion
au véhicule
instantanée



10"
Temps
de chargement
/ de déchargement



Hauteur
variable
motorisée



Poids
Jusqu'à
350kg



rts chapuis
France



Z.A. Le Bois Rond - 2 rue des Frères Lumière - 69720 Saint-Bonnet-de-Mûre
Tél : +33 (0)4 72 48 81 82 info@rtschapuis.com www.rtschapuis.fr



BVCert. 601 46 51