ÉDITION SPÉCIALE AFASH

SUPPORT PÉDAGOGIQUE

LE MAG

DE L'AMBULANCIER



JOURNÉES D'ÉTUDE ET DE FORMATION

TOULOUSE 2026

3-5 NOVEMBRE

MEETT · Aussonne

LA GOUVERNANCE DE L'AFASH

Organigramme

Association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers

BUREAU EXÉCUTIF

PRÉSIDENT
Olivier Bisson

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Mathieu Baranger

TRÉSORIER GÉNÉRAL
Alain Bourdeau

SECRÉTAIRE ADJOINTE
Aline Bernay

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- **Christophe Bailly** — Administrateur
- **Yannick Dupuy** — Administrateur · référent régions
- **Benoit Dussably** — Administrateur
- **Marc Van Driesten** — Administrateur

ATTRIBUTIONS DU CONSEIL

Le conseil élit le bureau exécutif après l'assemblée générale élective et peut coopter un membre en cas de démission d'un administrateur. Le bureau exécutif fixe les missions individuelles des administrateurs. Statuts de l'AFASH, art. 11 et 12.

Membres d'après le document transmis. La mission de Yannick Dupuy figure dans l'organigramme public de l'AFASH, dont la composition diffère. Les missions individuelles des trois autres membres restent à confirmer.

MESSAGE D’OUVERTURE

Le mot du président

Olivier Bisson · président de l’AFASH

Chers collègues, chers partenaires, chers professionnels de l’urgence,

C’est avec un grand honneur et un réel enthousiasme que je vous adresse ces quelques mots dans cette nouvelle édition du magazine de l’AFASH.

Pour celles et ceux qui ne me connaissent pas encore, je suis Olivier Bisson, ADE au SMUR de Dijon. Élu cette année à la présidence de notre association, j’ai repris le flambeau avec la ferme intention d’insuffler une dynamique renouvelée à notre bureau. Grâce à une meilleure organisation et une structuration renforcée de nos équipes, nous avons pu mener un travail intense sur les dossiers politiques majeurs et l’avenir de notre profession. Nous avons notamment déposé une proposition de loi concernant la spécialisation des ambulanciers SMUR et nous poursuivons en parallèle nos démarches pour les ambulanciers hospitaliers internes.

Nos actions récentes portent déjà leurs fruits. Lors du congrès de la SFMU, notre stand a remporté un franc succès, nous permettant d’échanger des conseils précieux et de porter haut les couleurs de notre corporation. Le constat est clair : la voix des ambulanciers commence enfin à être entendue.

Nous avons intégré des travaux communs avec la SFMU et l’ANCESU qui portent aujourd’hui leurs fruits, telle la création du référentiel de conduite d’urgence. C’est grâce à ces ententes entre nos différentes entités, ces soutiens communs, que nous réussirons, ensemble, unis !

Cependant, face à la conjoncture actuelle et aux défis qui nous attendent, nous devons peser encore plus lourd dans la balance. Cet engagement associatif exige un investissement considérable sur notre temps libre. C’est votre soutien sur le terrain qui fait notre force au quotidien. À seulement 10 € la cotisation annuelle, nous avons besoin de chacun d’entre vous pour porter la bonne parole, faire grandir notre représentativité et faire évoluer concrètement notre métier.

Que ce soit au cours de nos Journées d’étude et de formation (JEF) au MEETT de Toulouse ou au fil des pages de ce magazine, continuons de partager nos savoirs et d’unir nos forces. C’est ensemble et collectivement que nous réussirons.

Je vous souhaite à toutes et tous une excellente lecture et des échanges fructueux.



Au fil des trois journées

Un guide de lecture pour suivre le programme, comprendre les sigles et relier les séances aux réalités du travail ambulancier.

3–5 NOV.	20 H	MEETT
DATES EN 2026	SUR 2 JOURS ET DEMI	AUSSONNE (31840)

L’AFASH (Association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers) ouvre ces JEF aux ambulanciers hospitaliers et privés ainsi qu’aux autres acteurs de l’aide médicale urgente. Formation en présentiel, sans prérequis annoncé. Le MEETT se trouve avenue Concorde, à Aussonne. **[01] [02] [03]**

Les objectifs annoncés couvrent l’actualisation des connaissances, l’évolution des techniques de prise en charge et la découverte de nouveaux matériels. **[01] [02]**

SOMMAIRE

02	**Organigramme**	Bureau exécutif et conseil d’administration de l’AFASH.
03	**Le mot du président**	Message d’ouverture d’Olivier Bisson.
05–06	**Mardi 3 novembre**	De la régulation au transport, de Toulouse à Mayotte.
07–08	**Mercredi 4 novembre**	Sécurité, réanimation et organisation en situation de crise.
09	**Jeudi 5 novembre**	Simulation, visite du SAMU 31 et liens entre les séances.
10	**Sources du dossier**	Documents de référence et liens directs.
11	**Les articles des JEF**	Contributions dans l’ordre des pages transmises.

COMMENT LIRE CE NUMÉRO

Les horaires et intervenants viennent du PDF de l’AFASH, comparé à la photo transmise. Le programme est annoncé comme modifiable. La rubrique Lecture propose une mise en perspective. Les renvois dans le programme mènent aux contributions, classées dans l’ordre des pages reçues. **[01] [02]**

JOUR 1 MARDI 3 NOVEMBRE 2026 / MATIN

De l’appel au terrain

De la téléconsultation en mer à l’orientation des traumatisés sévères.

08 h 30
01

Ouverture des JEF · SAMU-SMUR de Toulouse

Aucun intervenant nommé pour ce créneau

Le SAMU (service d’aide médicale urgente) de Haute-Garonne assure une régulation médicale permanente. Les structures mobiles d’urgence et de réanimation, ou SMUR, interviennent auprès des patients qui requièrent une prise en charge médicale urgente. **[04]**

LECTURE Cette ouverture donne un cadre aux sujets qui suivent. La régulation évalue la demande et mobilise des moyens, dont les équipes qui peuvent intervenir sur place.

09 h 15
02 **LIRE P. 26**

CCMM · la médecine à distance en mer

Dr Émilie Dehours · SMUR Toulouse

Le Centre de consultation médicale maritime du CHU de Toulouse apporte une assistance médicale à distance aux personnes en mer, jour et nuit. Les informations cliniques recueillies à bord peuvent être complétées par des images ou un électrocardiogramme transmis à l’équipe. **[05]**

LECTURE Le lien avec le SAMU à terre tient au rôle des transmissions. À distance, la qualité de la description et des données disponibles pèse sur l’évaluation.

10 h 30
03

Occi.TRAUMA · le réseau des traumatismes sévères

Olivier Santos · IDE aux urgences / Camille Vieillecazes · IDE SMUR 31

Occi.TRAUMA rassemble des acteurs de la prise en charge des traumatismes sévères en Occitanie. Le réseau publie des ressources d’orientation vers un plateau technique adapté à la gravité, dont des repères pédiatriques pour le secteur Ouest. **[06] [13]**

LECTURE La prise en charge commence aussi par un choix de destination. La lecture du réseau fait ressortir la place du bilan transmis à la régulation.

11 h 00
04 **LIRE P. 30**

VL IPA · la réponse extrahospitalière graduée

Thomas Pardon · IPA SMUR Toulouse

Le programme annonce « VL IPA ». La contribution décrit l’unité mobile hospitalière avec infirmier en pratique avancée (UMH-IPA) et la place qu’elle occupe dans la réponse extrahospitalière graduée. **[02] [07] [37]**

LECTURE La contribution montre comment le dispositif s’articule avec le médecin régulateur et comment le bilan guide l’orientation.

11 h 30
05 **LIRE P. 14**

Prise en charge de l’hypothermie

Dr Charlotte Maurin / Rémy Bergon

L’hypothermie accidentelle correspond à une température corporelle centrale inférieure à 35 °C. L’ERC la traite dans ses recommandations 2025 sur les circonstances particulières de la réanimation, notamment parce qu’elle peut modifier la conduite face à un arrêt cardiaque. **[08]**

LECTURE Ce thème fait le lien entre l’environnement de l’intervention, l’évaluation de la gravité et la transmission des données utiles à la suite des soins.

10 h · Pause / 12 h 30 · Pause repas

JOUR 1 MARDI 3 NOVEMBRE 2026 / APRÈS-MIDI

Transport et renforts

Pédiatrie, secours en contexte de catastrophe et sécurité héliportée.

13 h 30
06 **LIRE P. 21**

Le transport infirmier interhospitalier pédiatrique

Camille Buffa · puéricultrice / Claire Yhuel · ambulancière diplômée d'État

Le TIIH associe un infirmier à un conducteur ou pilote qualifié. Les établissements organisent le transfert. Si un acte urgent ne peut être réalisé sur place, le SAMU décide et organise le transport. Le créneau porte sur la pédiatrie. **[02] [09]**

LECTURE À rapprocher du SMUR pédiatrique prévu plus tard. La question commune est l'adéquation entre l'état de l'enfant et les moyens du transfert.

14 h 00
07 **LIRE P. 16**

EMT · les équipes médicales d'urgence

Jean Moati · IDE SMUR Toulouse

Dans le cadre de l'OMS, EMT signifie Emergency Medical Team. Ces équipes renforcent la réponse sanitaire lorsqu'une crise dépasse les capacités disponibles. L'OMS publie des normes de classification et de fonctionnement, notamment sur la coordination et l'autonomie des équipes. **[10] [11]**

LECTURE L'enchaînement avec Mayotte permet de rapprocher des standards internationaux d'un exemple de réponse sur un territoire touché par une catastrophe.

14 h 45
08 **LIRE P. 17**

Retour d'expérience de Mayotte

Jean Moati · IDE SMUR Toulouse

Après le passage de Chido en décembre 2024, le ministère de la Santé a documenté la mise en service d'un hôpital de campagne, l'ESCRIM, pour épauler le Centre hospitalier de Mayotte. Le programme annonce un retour d'expérience sans détailler les épisodes traités. **[02] [11]**

LECTURE Ce cas donne un angle de lecture concret au thème EMT. Il invite à examiner comment un renfort s'intègre à l'offre de soins locale.

16 h 00
09 **LIRE P. 15**

Hélicoptère SMUR · sécurité en zone de poser

Christophe Attanasio · TCM SMUR Toulouse

Le créneau porte sur les DZ, ou zones de poser. Les consignes de la DGAC traitent des risques autour de l'hélicoptère, dont le souffle du rotor, les objets susceptibles d'être projetés et les déplacements au sol près de l'appareil. **[12] [15]**

LECTURE Comme pour la conduite d'urgence du lendemain, le déplacement fait partie de la sécurité de la mission. Ici, la coordination entre équipage et intervenants au sol est centrale.

16 h 30
10 **LIRE P. 29**

SMUR pédiatrique

Dr Camille Tison · SMUR pédiatrique Toulouse

Le créneau vise la réponse mobile spécialisée pour l'enfant. En complément, Occi.TRAUMA publie des règles d'orientation régionales pour les enfants polytraumatisés dans le secteur Ouest, selon leurs besoins et les capacités des centres. **[02] [04] [09] [13]**

LECTURE Le TIIH pédiatrique concerne le transfert entre établissements. Le thème du SMUR pédiatrique ouvre une question plus large sur la réponse mobile et le choix du centre receveur.

15 h 30 · Pause / 17 h 30 · Fin de la journée

JOUR 2 MERCREDI 4 NOVEMBRE 2026 / MATIN

Intervenir et protéger

Conduite en urgence, annonce, soutien psychologique et réanimation.

08 h 30
11

Présentation de la SFMU

Pr Sandrine Charpentier · cheffe de pôle SAMU 31

La Société française de médecine d’urgence publie et diffuse des recommandations et des référentiels pour les professionnels. Son répertoire rassemble des textes élaborés avec des partenaires sur des sujets allant des gestes d’urgence à l’organisation des soins. **[14] [18]**

LECTURE Le créneau offre un point d’entrée pour vérifier l’origine, la date et le champ d’application d’une recommandation, notamment avant la séance sur la réanimation.

09 h 15
12 **LIRE P. 22**

Sécurité et conduite en intervention d’urgence

Mathieu Baranger · ambulancier diplômé d’État, SMUR Limoges

L’article R. 432-1 du Code de la route prévoit des dérogations pour les véhicules d’intérêt général prioritaires lorsque l’urgence le justifie, avec usage des avertisseurs spéciaux et à condition de ne pas mettre les autres usagers en danger. **[15]**

LECTURE La rapidité de la réponse se lit avec cette obligation de sécurité. Le texte donne un cadre pour discuter du risque routier lors d’une mission urgente.

10 h 30
13 **LIRE P. 12**

Annonce d’une mauvaise nouvelle en SMUR

Melitia Bonnet · ambulancière diplômée d’État, SMUR Bordeaux

La HAS présente l’annonce comme un moment important de la relation de soin. Son guide aide à réfléchir à la préparation de l’échange, aux informations à transmettre et à ce que le patient peut comprendre ou entendre à ce moment-là. **[16]**

LECTURE Le contexte préhospitalier donne une question concrète au sujet. Comment préserver la clarté de l’échange et coordonner la parole de l’équipe dans un environnement contraint ?

11 h 00
14 **LIRE P. 28**

CUMP · le traumatisme chez l’intervenant

Pascal Dionnet · IDE CUMP SAMU 31

La cellule d’urgence médico-psychologique de Toulouse réunit notamment des psychiatres, des psychologues et des infirmiers formés au psychotraumatisme. Le titre du créneau désigne les intervenants comme le public dont le vécu est examiné. **[02] [17]**

LECTURE Les deux séances sur la parole éclairent des besoins distincts. L’annonce porte sur l’échange avec les personnes concernées, et la CUMP invite à regarder aussi l’impact d’une intervention sur les équipes.

11 h 30
15 **LIRE P. 20**

Actualités de la réanimation cardiopulmonaire

Dr Bertrand Guihard · SMUR Toulouse

Pour l’adulte, les lignes directrices 2025 de l’European Resuscitation Council sur les gestes de base couvrent notamment la reconnaissance de l’arrêt cardiaque, les compressions thoraciques et l’accès précoce à la défibrillation. **[02] [18]**

LECTURE Ce texte daté donne un point de comparaison pour repérer les thèmes de mise à jour. Le programme ne précise pas quels chapitres seront abordés.

10 h · Pause / 12 h 30 · Pause repas

Organiser la réponse

De la réception de l’appel à la préparation des établissements et à l’évacuation.

13 h 30
16 **LIRE P. 18**

ESR · les établissements de santé de référence

Dr Bertrand Guihard · SMUR Toulouse

Un établissement de santé de référence apporte une expertise pour des risques ou des situations identifiés. Le ministère décrit des missions d’appui aux agences régionales de santé, de structuration de filières et de formation à la gestion de crises sanitaires. **[19] [21]**

LECTURE Le rapprochement avec la séance sur les SSE aide à distinguer deux échelles, celle de l’appui spécialisé régional et celle de la réponse organisée par un établissement.

14 h 15
17 **LIRE P. 32**

CFARM · la formation à la régulation médicale

Stéphane Drouet · assistant de régulation médicale, SAMU 31

Le CHU de Toulouse dispose d’un centre de formation des assistants de régulation médicale. L’ARM intervient dans la réception des appels et le recueil des premières informations utiles à la régulation médicale du SAMU. **[04] [20]**

LECTURE Ce créneau prolonge l’ouverture. Il situe le premier recueil d’informations dans la chaîne qui relie l’appel, la décision médicale et les moyens envoyés.

14 h 45
18 **LIRE P. 33**

Situations sanitaires exceptionnelles à Toulouse

Virginie Fauvel · cadre de santé, SAMU 31

Le programme inscrit un volet local sur les SSE. Le cadre national prévoit une préparation hospitalière à deux niveaux, mobilisation interne et plan blanc. Le détail du dispositif toulousain traité pendant le créneau n’est pas indiqué. **[02] [19] [21] [24]**

LECTURE Le sujet se rapproche des ESR et du PSM 2 annoncé en visite. Ces entrées éclairent respectivement l’expertise régionale, l’organisation de crise et les moyens matériels.

16 h 00
19 **LIRE P. 31**

SA-URG · coopération France–Espagne

Cédric Nouzieres · cadre SAMU 31

Le programme abrège le titre en « SA Urgs ». La contribution et la fiche du CHU identifient le projet SA-URG, qui vise à faciliter l’accès aux soins et à renforcer la coopération entre équipes de la région transpyrénéenne. **[02] [25]**

LECTURE Le projet pose à l’échelle transfrontalière la question du parcours du patient et de la coordination entre services.

16 h 30
20 **LIRE P. 19**

Stratégie de damage control en préhospitalier

Dr Bertrand Guihard · SMUR Toulouse

Dans les recommandations sur les agressions collectives, le damage control préhospitalier donne la priorité aux mesures immédiatement utiles pour limiter les conséquences d’un traumatisme grave, notamment le contrôle des hémorragies et l’organisation de l’évacuation. **[06] [22]**

LECTURE Ce sujet complète Occi.TRAUMA. Le damage control traite des priorités avant l’hôpital et le réseau éclaire l’orientation vers un plateau adapté.

15 h 30 · Pause / 17 h 30 · Fin de la journée

JOUR 3 JEUDI 5 NOVEMBRE 2026 / MATIN

Simulation et visite

Deux rendez-vous pour relier les notions du programme aux moyens du SAMU 31.

08 h 30
21

SENS · la simulation immersive

David Soulès · ambulancier diplômé d'État, SMUR Toulouse

Le centre de simulation environnementale et neurosensorielle du CHU de Toulouse recrée des environnements modulables pour l'entraînement pluriprofessionnel, notamment aux urgences, aux catastrophes et aux situations exceptionnelles. Le scénario de cette séance n'est pas indiqué. **[02] [23]**

LECTURE Le dispositif offre un cadre pour mettre à l'épreuve la répartition des rôles et les transmissions, des thèmes qui traversent le programme.

Matinée
22

Visite du SAMU 31 · PSM 2 et DZ

Visite annoncée · pas d'heure de début distincte dans le programme

Le lot du poste sanitaire mobile de niveau 2 (PSM 2) et la zone de poser (DZ) figurent au programme de la visite. Les PSM sont des dotations mobilisables en situation sanitaire exceptionnelle. La fin de la journée est annoncée à 12 h 30. **[02] [12] [24]**

LECTURE La visite rapproche deux aspects concrets des séances précédentes, la logistique en crise et la sécurité des opérations héliportées.

TROIS LIENS ENTRE LES SÉANCES

01

Évaluer et orienter

Le CCMM illustre l'évaluation à distance. Le CFARM éclaire le recueil initial de l'information, et Occi.TRAUMA montre comment la filière de soins structure le choix de la destination. **[04] [05] [06] [20]**

02

Préparer une réponse collective

Le retour de Mayotte donne un exemple de renfort. Les ESR éclairent le rôle de l'expertise, les SSE celui de l'organisation hospitalière et le PSM 2 celui des ressources matérielles. **[11] [19] [21] [24]**

03

Protéger pendant et après la mission

La conduite et les zones de poser posent la question de la sécurité physique. Le sujet CUMP élargit la lecture au retentissement psychique chez les intervenants.

[12] [15] [17]

Sources et vérifications

Références consultées le 4 novembre 2026. Cliquez sur une référence pour ouvrir le document ou la page de l’organisme.

01 AFASH
JEF Toulouse 2026 · fiche de la formation

02 AFASH
JEF Toulouse 2026 · programme PDF

03 MEETT
Adresse et accès au parc des expositions

04 CHU DE TOULOUSE
SAMU-SMUR de la Haute-Garonne

05 CHU DE TOULOUSE
Centre de consultation médicale maritime

06 OCCI.TRAUMA
Le réseau régional des traumatismes sévères

07 LÉGIFRANCE
Pratique avancée · domaine des urgences · R. 4301-2

08 ERC
Réanimation 2025 · circonstances particulières

09 LÉGIFRANCE
Transport infirmier interhospitalier · R. 6312-28-1

10 OMS
Emergency Medical Teams · normes minimales

11 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Cyclone Chido · réponse sanitaire à Mayotte

12 DGAC
Consignes de sécurité autour d’un hélicoptère

13 OCCI.TRAUMA
Secteur Ouest · orientation des polytraumatisés pédiatriques

14 SFMU
Répertoire des recommandations de médecine d’urgence

15 LÉGIFRANCE
Code de la route · article R. 432-1

16 HAS
Annoncer une mauvaise nouvelle

17 CHU DE TOULOUSE
Cellule d’urgence médico-psychologique

18 ERC
Réanimation 2025 · gestes de base chez l’adulte

19 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Organisation des missions de référence

20 CHU DE TOULOUSE
PREFMS · écoles et centres de formation

21 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Plans hospitaliers et situations exceptionnelles

22 SFMU ET PARTENAIRES
Agressions collectives · damage control préhospitalier

23 CHU DE TOULOUSE
Centre de simulation immersive Sens

24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Moyens tactiques · postes sanitaires mobiles

Couverture recomposée à partir de la première photo fournie. Le visuel central en est extrait. La deuxième photo a servi à recouper la grille horaire et les intitulés.

Les articles des JEF

Les contributions suivent l’ordre des pages reçues. Les renvois ramènent à la séance correspondante du dossier. Les notes de vérification et les sources sont séparées des textes des intervenants.

PAGE	CONTRIBUTION	SÉANCE
12	L’annonce d’une mauvaise nouvelle en SMUR	4 nov. · 10 h 30
13	Gruau · publicité	
14	L’hypothermie chez le traumatisé sévère	3 nov. · 11 h 30
15	Sécurité en vol et au sol des HéliSMUR	3 nov. · 16 h 00
16	Les équipes médicales d’urgence de l’OMS	3 nov. · 14 h 00
17	Mayotte après le cyclone Chido	3 nov. · 14 h 45
18	L’ESR-R Occitanie	4 nov. · 13 h 30
19	Principes du damage control préhospitalier	4 nov. · 16 h 30
20	Arrêt cardiaque : qu’en est-il en 2026 ?	4 nov. · 11 h 30
21	Le transport infirmier interhospitalier pédiatrique	3 nov. · 13 h 30
22	Sécurité routière et conduite en intervention	4 nov. · 09 h 15
23	Conduite d’urgence · deuxième volet	4 nov. · 09 h 15
24	Le référentiel national de conduite	4 nov. · 09 h 15
25	Conduite d’urgence · planche d’illustrations	4 nov. · 09 h 15
26	Le CCMM, what else ?	3 nov. · 09 h 15
27	Le Centre de consultation médicale maritime	3 nov. · 09 h 15
28	CUMP · prise en charge des intervenants	4 nov. · 11 h 00
29	Le SMUR pédiatrique de Toulouse	3 nov. · 16 h 30
30	L’infirmier en pratique avancée aux urgences	3 nov. · 11 h 00
31	SA-URG	4 nov. · 16 h 00
32	La formation des assistants de régulation médicale	4 nov. · 14 h 15
33	Les situations sanitaires exceptionnelles à Toulouse	4 nov. · 14 h 45

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES 34

SÉANCE · 4 NOV. · 10 H 30

PROGRAMME →

L’annonce d’une mauvaise nouvelle en SMUR

Un temps fort, une rencontre

Mélitia Bonnet · ambulancière au SMUR de Bordeaux

L’annonce d’une mauvaise nouvelle, c’est avant tout une rencontre humaine, qui demande au professionnel d’être présent, d’écouter et d’accompagner, tout en conservant la juste distance. Une phrase résume cette posture [citation partiellement illisible sur la photo]. Elle traduit la nécessité d’être empathique sans s’identifier à la situation. Plusieurs principes sont essentiels : se mettre au niveau de la personne, reformuler, identifier ses attentes et respecter le silence.

Le professionnel doit également savoir se protéger et rester dans son rôle. Le silence n’est pas nécessairement un vide à combler : il peut laisser à la personne le temps de recevoir et d’intégrer la nouvelle.

Chez l’adulte, la première étape consiste à se présenter, avec son prénom et sa fonction. Il faut ensuite expliquer et rassurer, sans fausse promesse, en reconnaissant la difficulté de la situation : « Vous avez eu les bons gestes. Vous avez fait ce qu’il fallait. » Plutôt que de dire « je comprends », il est préférable de reconnaître ce que vit la personne et de l’accompagner étape par étape. Le professionnel peut alors questionner : qu’a-t-elle compris ? Quelles sont ses questions ? Ses craintes ? Sur quelles ressources peut-elle compter ? Si la personne est tétanisée, une technique de respiration peut l’aider à retrouver son calme (ex. : cohérence cardiaque). Une aide psychologique peut également être proposée de manière concrète (ex. : CUMP).

Chez l’enfant, tout repose sur l’adaptation. Le langage doit correspondre à son âge et à sa compréhension. Il est important de savoir ce qu’il a vu, entendu et compris, puis d’expliquer simplement le rôle de chaque intervenant. Des supports rassurants peuvent également faciliter l’échange (ex. : peluche).

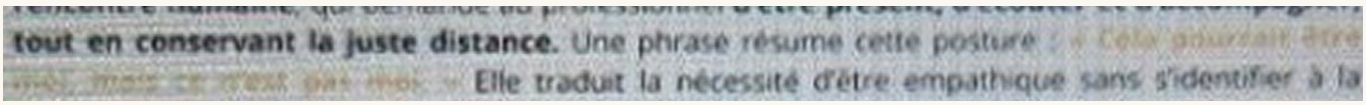
Au-delà des techniques, l’annonce d’une mauvaise nouvelle repose sur une posture : présence, écoute, empathie, distance, silence, reformulation, adaptation et accompagnement. Car annoncer une mauvaise nouvelle, ce n’est pas toujours avoir la bonne réponse. C’est parfois simplement être là, au bon moment, avec la bonne posture.



Intervention du SAMU 33 · visuel fourni

NOTE DE VÉRIFICATION

Le guide de la HAS éclaire le cadre de l’annonce. Une courte citation, peu lisible, est signalée dans la transcription. Le passage original est reproduit ci-dessous. **[16]**



AMÉNAGEMENT DE VÉHICULES SANITAIRES

GRUAU



Équipez vos ambulances avec Gruau

Expert de l’aménagement de véhicules sanitaires sur mesure en France, depuis plus de 70 ans.

De l’ambulance de type A au type B pour le transport sanitaire, jusqu’à l’UMH pour le SMUR, nous vous accompagnons dans chacune de vos missions.





CONTACT GRUAU AMBULANCES

vehicule-ambulance.fr

UCAP UniHA

Texte et photos du visuel publicitaire transmis

SÉANCE · 3 NOV. · 11 H 30

PROGRAMME →

L’hypothermie chez le traumatisé sévère

Un épuisement silencieux. Enjeux et prévention en préhospitalier.

Dr Charlotte Maurin et Rémy Bergon · intervenants annoncés

Contexte

L’hypothermie accidentelle n’est pas uniquement réservée aux situations de froid. Entre 35 et 50 % des traumatisés sévères sont déjà hypothermes à l’arrivée à l’hôpital, y compris sous climat tempéré ou chaud. Elle n’est pas un simple marqueur de gravité : à lésions égales, le patient hypotherme meurt davantage, avec une mortalité multipliée par 3 à 4. Les conséquences sont physiopathologiques et directes : coagulopathie, troubles du rythme, immunodépression, ischémie-reperfusion. Le seuil retenu en traumatologie est aujourd’hui abaissé à 36 °C.

Enjeu

« Moi, je n’ai pas d’hypothermes. » La phrase revient souvent, et c’est précisément la compréhension de la physiologie de la thermorégulation qui permet de sortir du schéma où seul le froid serait responsable. Car l’enjeu n’est pas le chiffre affiché par le thermomètre. Défendre sa température centrale coûte cher au patient : vasoconstriction et frissons augmentent la consommation d’oxygène de 10 à 40 %, au prix d’une dette énergétique, d’une aggravation de l’état de choc et d’un épuisement physiologique. Or la température centrale reste longtemps stable alors que cette dépense explose : c’est un marqueur retardé, qui ne reflète pas la physiologie en temps réel.

Les situations à risque ne se résument donc pas aux facteurs externes classiques : intervention prolongée, déshabillage, vent, immobilisation au sol, solutés froids. Les plus redoutables sont celles où la thermorégulation elle-même est atteinte, par le choc, les troubles de la conscience, la sédation ou la curarisation, qui privent le patient de ses propres défenses contre le froid. Identifier ces situations permet d’agir avant l’épuisement, non après.

Communication

Après ce rappel des enjeux, nous présenterons le Therm’Up®, plastron chauffant conçu pour l’apport actif de chaleur en préhospitalier : son principe, sa mise en œuvre pratique par les équipes dès la prise en charge, sa place dans la chaîne de soins, de l’intervention au transport, et les résultats de l’étude Thermotrauma.

Point sémantique

L’enjeu n’est pas de faire remonter la température centrale, mais d’en ralentir la baisse. Il ne s’agit donc pas de « réchauffer » un patient hypotherme, mais de lui apporter activement de la chaleur pour limiter sa dépense énergétique et améliorer son confort thermique. Conformément aux remarques de l’ANSM, le Therm’Up® ne porte aucune revendication de réchauffement : l’objectif est le confort thermique et l’épargne énergétique.

Conflit d’intérêts

L’auteur est cofondateur de la société ThermoTrauma.

NOTE DE VÉRIFICATION

Le guide européen sur le traumatisme hémorragique vise 36 à 37 °C pour la coagulation. L’ERC emploie un seuil inférieur à 35 °C pour définir l’hypothermie accidentelle. Les chiffres du résumé et les affirmations sur le dispositif restent attribués à la contribution. **[08] [36]**

SÉANCE · 3 NOV. · 16 H 00

PROGRAMME →

Sécurité en vol et au sol des HéliSMUR

Sensibilisation et bonnes pratiques pour les ambulanciers SMUR

Christophe Attanasio · groupe SAF, assistant de vol au SAMU 31

Le recours aux hélicoptères HéliSMUR constitue un atout majeur dans la prise en charge des urgences médicales, en permettant un transport rapide des patients et des équipes médicales. Toutefois, cette activité nécessite une connaissance spécifique des règles de sécurité aéronautique, d'autant que les ambulanciers SMUR de certaines régions sont peu ou pas habitués à travailler en collaboration avec les équipages héliportés.

La sécurité repose avant tout sur l'anticipation des risques, le respect des consignes du pilote et une coordination efficace entre les différents intervenants.

La préparation de l'aire de poser constitue une étape essentielle : reconnaissance du site, identification des obstacles, sécurisation de la zone et coordination avec l'équipage sont indispensables au bon déroulement de la mission.

L'embarquement et le débarquement des patients, des personnels et du matériel doivent s'effectuer selon des procédures rigoureuses, en tenant compte des dangers liés aux rotors et aux déplacements autour de l'appareil, au sol comme en vol.

La connaissance des procédures d'urgence permet par ailleurs d'adopter les bons réflexes face à une situation imprévue et de garantir la sécurité de tous.

L'objectif est de renforcer la culture de sécurité des ambulanciers SMUR, de favoriser l'acquisition de réflexes adaptés et de faciliter la collaboration entre les équipes terrestres et aéronautiques. Une meilleure connaissance des contraintes de l'environnement héliporté contribue à sécuriser les interventions, à harmoniser les pratiques professionnelles et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, quelle que soit la région d'exercice.



HéliSMUR · visuel fourni, groupe SAF

NOTE DE VÉRIFICATION

La DGAC publie les consignes applicables à la sécurité autour de l'hélicoptère. **[12]**

SÉANCE · 3 NOV. · 14 H 00

PROGRAMME →

Les équipes médicales d’urgence de l’OMS

Vers une réponse médicale internationale coordonnée

Jean Moati · infirmier au SMUR de Toulouse, intervenant annoncé

Lors du séisme d’Haïti en 2010, la mobilisation internationale a été massive et a permis de soigner un grand nombre de victimes. L’afflux d’équipes médicales, très hétérogènes dans leur organisation et leurs moyens, a toutefois rendu la coordination difficile, avec des zones rurales peu couvertes et des équipes inégalement autonomes.

À partir de ce constat, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé l’initiative Emergency Medical Teams (EMT, équipes médicales d’urgence), qui définit un cadre commun pour les équipes médicales qui se déploient à l’international. L’objectif est double : garantir la qualité des soins apportés et faciliter la coordination des équipes avec les autorités sanitaires locales et entre elles.

Une EMT est une équipe de soignants et de logisticiens qui vient en appui d’un système de santé local débordé par une catastrophe. Elle est déployée pour 15 jours renouvelables. Elle doit être entièrement autonome (transport, eau, nourriture, médicaments, énergie) pour ne pas peser sur les ressources du pays sinistré. Les équipes sont classées par type, du type 1 (soins ambulatoires) au type 3 (hospitalisation et blocs opératoires spécialisés), avec des équipes spécialisées en complément. Elles peuvent être gouvernementales ou non gouvernementales.

L’équipe entre dans le processus de classification par une lettre d’intention à l’OMS. Suivent une autoévaluation, une phase de mentorat consacrée à la construction du module et à la rédaction des procédures opérationnelles standardisées, puis une visite de préclassification et une visite de classification avec déploiement réel du module. Le référentiel est le Blue Book de l’OMS, qui fixe des standards minimaux et optimaux.

Ce dispositif permet aujourd’hui une réponse plus lisible et mieux coordonnée. Le CHU de Toulouse est engagé dans ce processus avec le module IRRIS (EMT de type 1), dont la classification est attendue fin 2027.

NOTE DE VÉRIFICATION

L’OMS définit ses exigences de déploiement par type d’équipe. Le calendrier IRRIS est l’estimation annoncée dans la contribution. **[10] [32]**

Mayotte après le cyclone Chido

Retour d’expérience au sein de l’ESCRIM

Jean Moati · infirmier au SMUR de Toulouse, intervenant annoncé

Du 28 décembre 2024 au 17 janvier 2025.

Le 14 décembre 2024, le cyclone Chido, de catégorie 4, a frappé Mayotte avec des rafales estimées à près de 250 km/h. Le bilan officiel fait état de 39 décès, 124 blessés graves et plus de 4 000 blessés légers. L’offre de soins locale étant fortement touchée, l’Élément de sécurité civile rapide d’intervention médicale (ESCRIM) a été déployé sur le stade de Cavani, à Mamoudzou. L’ESCRIM est l’hôpital de campagne de la Sécurité civile, classé Emergency Medical Team (EMT) de type 2 par l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce retour d’expérience personnel porte sur la participation d’un binôme infirmier-pharmacien du SAMU 31 à la deuxième rotation, c’est-à-dire la première relève des équipes déployées à l’ouverture de la structure.

Au cours de cette rotation, la structure nous est apparue très sollicitée. Les prises en charge concernaient principalement des plaies, souvent profondes ou infectées, des actes chirurgicaux (abcès, amputations), de la pédiatrie, de la gynéco-obstétrique et des diarrhées avec déshydratation. D’après Santé publique France, l’activité a progressivement diminué : environ 200 passages par jour en moyenne début janvier, environ 120 mi-janvier. Les consultations liées au cyclone représentaient alors environ un cinquième de l’activité.

Plusieurs difficultés ont marqué la mission : des tensions sur le matériel et le réapprovisionnement, un repli de la structure lors du passage de la tempête Dikeledi, des conditions de vie exigeantes. Plusieurs points de vigilance sont ressortis de notre expérience : la gestion et la priorisation des médicaments, le juste niveau de soins en mode dégradé, la santé mentale des équipes, ainsi que la formation préalable et la polyvalence des soignants. Cette mission a aussi souligné, à nos yeux, la fragilité d’une structure sous tentes et l’intérêt d’anticiper tôt la stratégie de sortie et le relais vers le système de santé local.



Mission ESCRIM à Mayotte · trois visuels de la contribution

NOTE DE VÉRIFICATION

Le bulletin de Santé publique France documente l’activité de soins. Les observations du binôme sont un retour de mission. Le bilan chiffré cité dans la contribution correspond au contexte rapporté et sa date de référence n’est pas précisée. **[11] [31] [32]**

SÉANCE · 4 NOV. · 13 H 30

PROGRAMME →

L’ESR-R Occitanie

Établissement de santé de référence régional

Séance présentée par le Dr Bertrand Guihard selon le programme

Le CHU de Toulouse porte l’ESR-R Occitanie. C’est l’établissement de référence de la région pour les situations sanitaires exceptionnelles (SSE). L’ARS l’a chargé de garantir l’expertise régionale dans le cadre des dispositifs ORSAN. Il fait le lien entre le niveau national (DGS, CORRUSS, Centre de crise sanitaire) et les établissements de santé des 13 départements d’Occitanie.

Les grands risques ORSAN

• L’afflux massif de victimes (AMAVI).
• Le risque nucléaire, radiologique et chimique (NRC).
• Le risque épidémique et biologique (REB).
• La prise en charge médico-psychologique.
• Les épisodes climatiques (EPI-CLIM).

Trois axes d’action

Expertise. Pour l’ARS, il rédige et met à jour le plan ORSAN et suit les dotations (PSM, MIG). Pour les établissements, il les accompagne dans leur montée en puissance et le maintien de leurs moyens tactiques, à travers des groupes de travail régionaux par risque.

Exercices. Il organise des exercices intra-CHU (REB, NRC, blocs opératoires, cyber) et participe aux exercices zonaux et préfectoraux.

Formation. Il forme les formateurs SSE et les référents de site.

Son organisation est placée sous la responsabilité administrative de la directrice générale adjointe du CHU. L’équipe réunit des conseillers techniques, des infirmiers, des ambulanciers, une assistante et une référente qualité.

Le pilotage repose sur un COPIL annuel, qui fixe le programme de travail, et sur un bureau réuni tous les deux mois. Un réseau de référents SSE dans chaque établissement de la région, public comme privé, complète le dispositif.

NOTE DE VÉRIFICATION

La fiche ministérielle distingue les missions de référence et le pilotage régional d’ORSAN. Les modalités d’organisation de l’ESR-R sont rapportées dans la contribution. **[19] [35]**

SÉANCE · 4 NOV. · 16 H 30

PROGRAMME →

Principes du damage control préhospitalier

Congrès AFASH · SAMU 31 · CHU de Toulouse

Séance présentée par le Dr Bertrand Guihard selon le programme

Le damage control préhospitalier vise un seul objectif : zéro mort évitable quand le nombre de victimes dépasse les moyens disponibles. Les morts évitables viennent à 80 % des hémorragies, à 15 % des pneumothorax compressifs et à 5 % des obstructions des voies aériennes. Un attentat en ville entraîne des lésions similaires aux blessures de guerre, mais les victimes sont généralement plus vulnérables.

Le concept de damage control vient de la Marine américaine : colmater les voies d'eau, rentrer au port, puis réparer. Pour le blessé, l'analogie se concrétise par des gestes de survie sur place, une évacuation rapide, puis la chirurgie et la réanimation. Il faut s'attacher dès le terrain à enrayer le « diamant létal » : hypothermie, acidose, coagulopathie et hypocalcémie. Chacun de ces facteurs aggrave les autres et, in fine, le patient. On distingue trois niveaux de damage control : sur le terrain (GZDC), réanimatoire (DCR) et chirurgical (DCC).

Trier est la première réponse à une situation responsable de nombreuses victimes. Le tri secouriste START ABC prend 20 à 30 secondes par victime : libérer les voies aériennes (Airway), poser les garrots (Bleeding), mettre en PLS (Conscious). Il classe les victimes en valides, différées, prioritaires, en extrême urgence ou décédées. Le tri médical affine ensuite en EU, U1 (moins de 6 h avant une prise en charge médicale), U2 (moins de 18 h) et U3 (moins de 36 h).

La démarche globale peut s'appuyer sur la séquence SAFE MARCHE RYAN. SAFE : stopper la menace, évaluer la situation, se mettre à l'abri, trier les blessés. MARCHE : identifier et traiter les hémorragies massives (garrot, pansement hémostatique, ceinture pelvienne), gérer les voies aériennes, la respiration (exsufflation du pneumothorax compressif), la circulation (pouls radial absent = choc), examiner la tête, prévenir l'hypothermie, puis évacuer. Chaque signe appelle un geste suivi d'un contrôle d'efficacité. En attendant l'évacuation, la démarche RYAN permet de réévaluer (refaire un MARCHE), de protéger les yeux, de traiter la douleur et de nettoyer les plaies.

NOTE DE VÉRIFICATION

Les pourcentages et délais de tri du résumé ne sont pas accompagnés d'une référence précise. Leur généralisation n'est pas établie. Les gestes cités relèvent des référentiels, des compétences et des protocoles applicables. **[22] [36]**

SÉANCE · 4 NOV. · 11 H 30

PROGRAMME →

Arrêt cardiaque : qu’en est-il en 2026 ?

ILCOR, ERC, AHA · résumé du congrès AFASH

Séance présentée par le Dr Bertrand Guihard selon le programme

Les trois textes, publiés en octobre 2025, gardent les fondamentaux : compressions de 5 à 6 cm, 100 à 120 par minute, ratio 30:2 chez l’adulte et pauses réduites au minimum (moins de 5 s autour du choc). L’alerte est avancée : on appelle le 15 dès qu’une personne ne répond pas, et on évalue la respiration pendant que l’appel aboutit. Une respiration haletante, notamment chez le sportif, ne doit pas rassurer.

En défibrillation, l’ERC insiste sur la bonne position de l’électrode apicale (sous l’aisselle, sur la ligne axillaire moyenne) et rappelle que toute FV, même fine, se choque. Une FV qui persiste après 3 chocs est dite réfractaire. On passe alors les électrodes en antéro-postérieur (changement de vecteur). La double défibrillation séquentielle n’est pas retenue : l’ERC ne la recommande pas en routine et l’AHA juge son utilité non établie, l’essai DOSE-VF restant isolé. Côté ventilation, on privilégie le masque tenu à deux mains et la capnographie est obligatoire après intubation. Le calcium, le bicarbonate et le coup de poing précordial disparaissent.

Chez l’enfant, la technique des deux pouces devient la règle chez le nourrisson, les électrodes se posent en antéro-postérieur sous 25 kg et les professionnels utilisent le ratio 15:2. Les 5 insufflations initiales sont maintenues par l’ERC et, pour l’AFGSU, par la SFMU et l’ANCESU, alors que les référentiels PSC/PSE 2026 les suppriment. La même logique vaut pour le noyé et l’intoxiqué : quand l’arrêt vient d’un manque d’oxygène, on commence par oxygéner. Après la reprise d’activité cardiaque, on vise une SpO_2 de 94 à 98 % et une pression artérielle moyenne supérieure à 60–65 mmHg.

Sources indiquées dans la contribution

ERC Guidelines 2025 (Resuscitation 2025;215), ILCOR CoSTR 2025, AHA Guidelines 2025 (Circulation 2025;152), Cheskes et al., NEJM 2022 (DOSE-VF), communiqué SFMU-ANCESU, septembre 2026.

NOTE DE VÉRIFICATION

L’ERC propose d’envisager le changement de vecteur en cas de FV réfractaire. L’AHA juge son utilité non établie. L’ILCOR permet d’envisager certaines stratégies sur des preuves limitées. Le calcium et le bicarbonate sont déconseillés en routine, avec des indications particulières selon la cause. Le communiqué SFMU-ANCESU porte sur l’AFGSU. **[27] [28] [29] [30]**

SÉANCE · 3 NOV. · 13 H 30

PROGRAMME →

Le transport infirmier interhospitalier pédiatrique

Camille Buffa et Claire Yhuel · intervenantes annoncées

Le transport infirmier interhospitalier (TIIH) désigne le transfert paramédical d'un patient entre deux établissements de santé. Ce type de transport est destiné exclusivement à des patients stabilisés ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée, mais relevant tout de même des compétences infirmières.

Il concerne l'ensemble des transferts interhospitaliers incluant l'activité adulte et pédiatrique. Particularité toulousaine : le SAMU de Toulouse étant doté d'une équipe pédiatrique (24 h/24 et 7 j/7), les TIIH néonataux et pédiatriques sont exclusivement régulés, organisés et réalisés par les infirmières puéricultrices et infirmiers puériculteurs qui la composent. Ces derniers sont bien entendu accompagnés d'un ambulancier ou d'une ambulancière SMUR, non dédié à la pédiatrie mais formé à celle-ci.

À travers notre présentation, nous allons aborder notre organisation (tant géographique qu'humaine et matérielle), l'importance du duo puéricultrice-ambulancier, la sécurité du transport et la place des parents.



Véhicule pédiatrique · illustration fournie

NOTE DE VÉRIFICATION

Le texte décrit l'organisation toulousaine. Le Code de la santé publique définit le transport infirmier et précise les cas où le SAMU le décide et l'organise. **[09]**

SÉANCE · 4 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Sécurité routière et conduite en intervention d’urgence

Vers un nouveau référentiel de formation pour les ambulanciers SMUR

Mathieu Baranger · secrétaire général de l’AFASH

Historique de la formation à la conduite des ambulanciers SMUR

L’histoire de la formation à la conduite des ambulanciers SMUR s’inscrit dans une volonté ancienne de faire évoluer la conduite d’urgence, en passant d’une simple maîtrise du véhicule à une véritable conduite de sécurité, d’anticipation et de gestion du risque. Les travaux de Jean-Pierre Beltoise, ancien pilote automobile et précurseur de la prévention du risque routier, ont largement contribué à développer une approche pédagogique fondée sur l’observation, la prévision et l’anticipation. À travers l’école « Conduire juste », cette philosophie a progressivement trouvé des applications auprès de professionnels amenés à conduire dans des situations particulières, notamment les conducteurs de véhicules d’urgence.

Dans cette dynamique, Didier Grandin, ambulancier passé par le SAMU 94 et ancien responsable au SAMU 91, a contribué à développer et structurer l’enseignement de la conduite en situation d’urgence pour les ambulanciers SMUR en partenariat avec M. Beltoise. Dès le milieu des années 2000, des formations associant théorie, mise en situation et conduite sur le circuit Jean-Pierre Beltoise ont été proposées aux professionnels.

Cette démarche a progressivement contribué à faire émerger une culture spécifique de la conduite SMUR, prenant en compte les particularités de l’intervention urgente : utilisation des avertisseurs, prise de décision, anticipation des comportements des autres usagers, maîtrise du véhicule, gestion du stress, mais également conséquences de la conduite sur le patient et sur l’équipe embarquée.

Au fil des années, cette expérience de terrain s’est enrichie et structurée. Didier Grandin a notamment réalisé, entre 2004 et 2024, un retour d’expérience portant sur près de 1 800 ambulanciers lors de stages de conduite en situation d’urgence organisés sur le circuit Jean-Pierre Beltoise dans le cadre de la formation d’adaptation à l’emploi (FAE).

Cette expérience a participé à la construction progressive d’une réflexion nationale sur la nécessité d’harmoniser les pratiques. Jusqu’à récemment, si les ambulanciers SMUR devaient déjà bénéficier d’une FAE et effectuer un stage de sécurité routière et de conduite en intervention d’urgence, il n’existait pas de référentiel national spécifique à la conduite, laissant place à des contenus et des pratiques variables selon les centres de formation.

NOTE DE VÉRIFICATION

Le référentiel publié par la SFMU, l’AFASH et l’ANCESU documente la formation actuelle. Le retour historique et son effectif sont rapportés par l’auteur. **[15] [26]**

SÉANCE · 4 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Conduite d’urgence et risque routier

Accidentologie, formation et pistes d’amélioration

D’après la contribution de Mathieu Baranger, secrétaire général de l’AFASH

ACCIDENTOLOGIE / ÉTUDE CITÉE DANS LE RÉFÉRENTIEL

1 sur 1 500

Environ un accident matériel pour 1 500 sorties dans l’étude de Battefort et ses collègues, sur près de 436 000 interventions déclarées. [26]

Les situations à risque

La contribution souligne la vitesse inadaptée, les carrefours, le franchissement des feux et les dépassements. Elle cite aussi l’usage des avertisseurs, le manque de formation, l’arrimage du matériel, la conduite de nuit et la fatigue.

Mieux documenter les accidents

La contribution propose un suivi national des accidents de SMUR. Elle évoque le modèle des enquêtes de sécurité du BEA pour mieux identifier les causes, analyser les incidents et en tirer des mesures de prévention.

Des formations à harmoniser

Le texte appelle à rapprocher les contenus de formation initiale et continue et à clarifier les conditions d’accès à la conduite d’urgence. Le référentiel relève des différences de durée, de matériel et de mise en situation entre les stages.

Les pratiques en Europe

La comparaison européenne du référentiel illustre la diversité des parcours. Au Royaume-Uni, la conduite avec avertisseurs fait l’objet d’une formation spécifique qui combine théorie, pratique et évaluation.

DU CONSTAT À LA FORMATION

Les retours de terrain ont alimenté le travail national. Le troisième volet détaille les 21 heures du référentiel. **LIRE P. 24 →**

NOTE DE VÉRIFICATION

Reconstruction éditoriale à partir des passages lisibles et du référentiel national. Les formulations et données impossibles à confirmer dans la photographie n’ont pas été reprises. **[15] [26]**

SÉANCE · 4 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Le référentiel national de conduite

Troisième volet de la contribution

Mathieu Baranger · secrétaire général de l'AFASH

La Société française de médecine d'urgence (SFMU), l'Association nationale des CESU (ANCESU) et l'Association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers (AFASH) ont ainsi travaillé conjointement à l'élaboration d'un référentiel national de formation à la sécurité routière et à la conduite en intervention d'urgence pour les ambulanciers SMUR. Le document a été validé par les conseils d'administration de l'AFASH en novembre 2025, de l'ANCESU en novembre 2025 et de la SFMU en janvier 2026.

Ce travail constitue une évolution majeure. Il ne s'agit plus seulement de proposer des stages de conduite, mais de définir un socle commun de compétences et de pratiques applicable aux ambulanciers SMUR.

Le référentiel prévoit une formation de 21 heures, articulée autour de trois modules : 7 heures d'apports théoriques, 7 heures de techniques de conduite en ateliers pratiques et 7 heures de conduite approfondie sur piste. Il aborde notamment la réglementation, le risque routier, la dynamique du véhicule, les avertisseurs, l'accidentologie, la gestion du stress, l'anticipation, le freinage d'urgence, les évitements, la perte d'adhérence et l'impact de la conduite sur le patient et l'équipe.

Vers une véritable culture de la conduite SMUR

L'objectif est désormais clairement établi : faire de la conduite une compétence à part entière de l'exercice professionnel de l'ambulancier SMUR et l'intégrer dans le projet de loi porté par l'AFASH sur « la spécialisation des ADE SMUR ».

Une équipe d'urgence performante n'est pas seulement une équipe qui part rapidement : c'est une équipe qui arrive en sécurité. Le nouveau référentiel rappelle ainsi que le gain de temps ne doit jamais être recherché au détriment de la sécurité et que la conduite de l'ambulance doit être considérée comme un élément essentiel de la prise en soins du patient.

L'enjeu est désormais de transmettre cette culture commune à chaque nouvelle génération d'ambulanciers SMUR : anticiper, maîtriser, adapter sa conduite et surtout protéger.

Une dynamique partagée avec les centres de formation

Nous remercions particulièrement les centres de formation ayant répondu à notre appel (notamment ACO Formations, centre de formation de l'Automobile Club de l'Ouest, ACTUA Formation et ASPPR Formation SMUR) pour une présentation en amont de la publication du référentiel afin d'échanger sur ses orientations, ses objectifs et ses principaux contenus, de recueillir leurs retours d'expérience et de confronter les exigences envisagées aux réalités du terrain. Leurs contributions ont ainsi permis d'apprécier concrètement la faisabilité et les conditions de mise en œuvre du référentiel.

Cette démarche reste naturellement ouverte à l'ensemble des organismes de formation agréés et engagés dans la formation à la conduite des ambulanciers SMUR. Plusieurs centres, au-delà de ceux directement associés à ces travaux, ont d'ores et déjà pris en compte les orientations présentées en amont de la publication et commencent à adapter leurs formations et à réaliser les investissements nécessaires (équipements, véhicules, infrastructures et moyens pédagogiques), afin de répondre progressivement aux exigences et objectifs du nouveau référentiel.

Cette évolution repose ainsi sur une dynamique collective, respectueuse de la diversité des organismes de formation et de la libre concurrence, avec un objectif commun : garantir aux ambulanciers SMUR une formation de qualité, homogène dans ses objectifs et ses exigences, tout en permettant à chaque centre de développer ses propres moyens et son savoir-faire.

NOTE DE VÉRIFICATION

Le référentiel national publié distingue le contenu de la formation et les modalités de mise en œuvre. **[26]**

SÉANCE · 4 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Formation conduite ambulancier SAMU

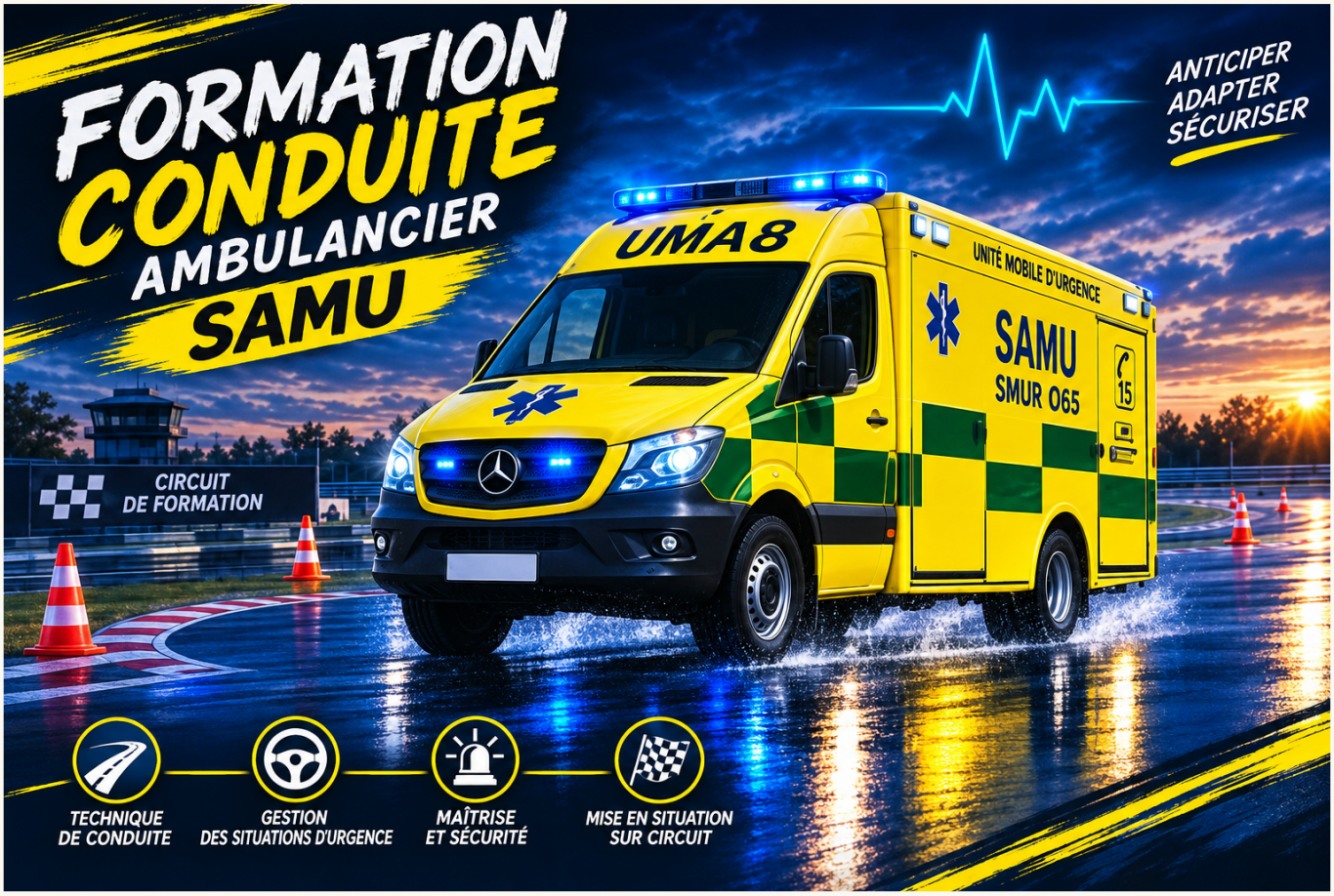


Image d'illustration

ORGANISMES DE FORMATION

ACO Formations

Actua Formation

ASPPR Formation SMUR

SÉANCE · 3 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Le CCMM, what else ?

Organisation de l’aide médicale en mer

Dr Émilie Dehours · SAMU 31

Les marins, pêcheurs ou marins au commerce, sont les travailleurs les plus exposés aux accidents et maladies en relation avec leur travail. Le marin plaisancier, de loisir ou en course, même s’il n’est pas exposé au même niveau de risque, se trouve dans les mêmes conditions d’isolement et d’éloignement en cas de problème médical survenant à bord. Il n’y a, sauf exception, ni médecin ni personnel paramédical sur les navires de pêche, de commerce ou de plaisance. Une présence médicale n’est obligatoire que pour les navires transportant plus de 100 personnes (membres d’équipage ou passagers) et dans la mesure où la traversée dure plus de 48 heures sans toucher un port.

L’aide médicale en mer (AMM) a donc pour objectif de réaliser une prise en charge du patient à bord avec des moyens et des délais semblables à ceux pratiqués à terre, grâce notamment à la télémédecine [1].

L’AMM s’applique à partir du moment où le navire a franchi les jetées administratives du port et sa mise en œuvre se fait sous l’autorité du préfet maritime de la zone. Les organismes impliqués dans la prise en charge d’un patient à bord d’un navire sont :
• Les centres régionaux de surveillance et de sauvetage (CROSS ou MRCC à l’étranger), chargés de la mise en œuvre et de la coordination des différents moyens d’intervention en mer, maritimes ou aériens.
• Le Centre de consultation médicale maritime (CCMM), référent médical pour tous les CROSS français.
• Les SAMU de coordination médicale maritime (SCMM), ayant la responsabilité médicale de l’opération de secours (spécificité française).

SÉANCE · 3 NOV. · 09 H 15

PROGRAMME →

Le Centre de consultation médicale maritime

La téléconsultation et l’activité du CCMM

Dr Émilie Dehours · SAMU 31

Le CCMM a été créé au sein du SAMU de la Haute-Garonne et du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse par l’instruction interministérielle du 29 avril 1983 relative à l’organisation opérationnelle de l’AMM.

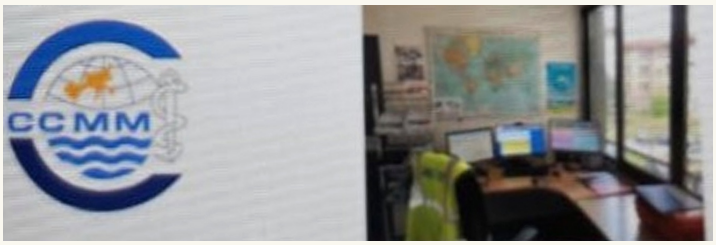
Le service permanent et gratuit de consultations et d’assistance télémédicales assuré pour tout navire en mer par le CCMM vise à garantir l’accès à des soins de la meilleure qualité possible pour tout membre d’équipage, passager ou simple occupant du navire, en liaison avec les différents partenaires médicaux, opérationnels, administratifs et institutionnels du réseau d’aide médicale en mer. Son action contribue à la politique générale de la Direction des affaires maritimes et des gens de mer et du régime spécial de sécurité sociale des marins (ENIM) en matière sanitaire, qui vise entre autres à assurer aux gens de mer les soins de proximité de la meilleure qualité possible durant l’expédition maritime et à limiter ainsi les conséquences éventuelles des maladies ou blessures survenues à bord.

L’appel pour une téléconsultation est décroché par un auxiliaire de régulation médicale (ARM) qui identifie le navire, le patient, le motif d’appel, le degré d’urgence et passe la communication au médecin du CCMM. Les médecins du CCMM sont des médecins urgentistes. Leur activité est répartie entre le SAMU 31 (médecin régulateur du Centre 15 et médecin SMUR), le service d’accueil des urgences (SU) et le CCMM. Ils réalisent la téléconsultation dans une salle jouxtant la salle de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU 31.

L’AMM s’intègre dans le cadre de l’aide médicale urgente (AMU) et se trouve soumise aux mêmes contraintes. Dans ce cadre, toutes les communications sont enregistrées et archivées. Par ailleurs, la consultation télémédicale est considérée comme un acte médical identique à tout autre et, à ce titre, soumise aux mêmes règles. Parmi celles-ci, il y a une obligation d’ouvrir un dossier médical. Celui-ci sera fermé et archivé une fois le patient pris en charge et considéré comme n’étant plus sous la responsabilité du CCMM.

Le nombre de téléconsultations assuré par le CCMM est en constante augmentation. En 2025, les médecins du CCMM ont répondu à 6 042 appels de consultations télémédicales pour 2 831 patients. 35 % des patients naviguent sur des navires de commerce. Les navires de pêche représentent 15 % des dossiers, les navires à passagers 20 %, les navires de plaisance 9 %.

La consultation par le médecin CCMM aboutit dans 76 % des cas à un soin à bord, 11 % à un débarquement, 2 % à un déroutement, 6 % à une évacuation sanitaire et 5 % à une évacuation médicalisée, en relation étroite avec nos confrères des SCMM, des SMUR maritimes et des structures participant à l’aide médicale en mer à l’étranger.



CCMM · logo et salle de téléconsultation dans la contribution

NOTE DE VÉRIFICATION

Le CHU documente les missions du CCMM. Les chiffres 2025 sont ceux de la contribution. L’appel de note « [1] » figure dans le texte reçu, dont la référence complète n’est pas jointe. **[05] [38]**

SÉANCE · 4 NOV. · 11 H 00

PROGRAMME →

Après une intervention à fort retentissement psychologique

Prise en charge des intervenants

Pascal Dionnet · infirmier CUMP SAMU 31, intervenant annoncé

Être professionnel du secours ne protège pas des effets psychiques d'un événement exceptionnel. Ambulanciers, sapeurs-pompiers, professionnels du SAMU-SMUR, forces de l'ordre ou secouristes peuvent être confrontés à des situations particulièrement marquantes : décès d'un enfant, blessures graves, suicide, violence, intervention impliquant un collègue ou sentiment d'impuissance.

Pendant l'intervention, l'action et la concentration permettent souvent de rester pleinement opérationnel. Les réactions peuvent cependant apparaître secondairement, une fois la situation terminée : fatigue, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, images intrusives ou hypervigilance. Une réaction forte après un événement difficile n'est pas nécessairement un trouble psychique. C'est surtout la persistance, l'aggravation des symptômes ou leur retentissement sur la vie professionnelle et personnelle qui doivent alerter.

Cette présentation propose des repères simples pour prendre soin de soi et de ses collègues : être présent, écouter sans juger, respecter le rythme de chacun, favoriser la récupération, repérer une souffrance persistante et orienter vers une aide adaptée si nécessaire. Soutenir ne signifie pas obliger à parler.

La CUMP peut également intervenir auprès des professionnels exposés, notamment dans des situations exceptionnelles ou à fort retentissement psychologique, en proposant une évaluation, un soutien et, si besoin, une orientation adaptée.

À retenir

Être intervenant ne protège pas du traumatisme. Être touché n'est pas être fragile. Demander de l'aide est une démarche de protection.

NOTE DE VÉRIFICATION

Le CHU détaille les missions et l'organisation de la CUMP régionale 31. **[17]**

SÉANCE · 3 NOV. · 16 H 30

PROGRAMME →

Le SMUR pédiatrique de Toulouse

La place de l’ambulancier dans l’équipe

Dr Camille Tison-Chambellan · pédiatre au SMUR pédiatrique de Toulouse

SMUR PÉDIATRIQUE

Une équipe auprès de l’enfant

Intervention, transfert et accompagnement des familles.



Photographie fournie · mise en couleur éditoriale.

Le SMUR pédiatrique de Toulouse est né en 1984 sous l’égide du Dr Lelong-Tissier. Il était initialement composé d’un binôme pédiatre-puéricultrice effectuant les transferts des nouveau-nés malades de la maternité vers les services de soins néonataux.

Il a progressivement grandi et permet aujourd’hui, avec environ 1 500 interventions par an, grâce à sept pédiatres et six puéricultrices, d’offrir à la population d’Occitanie Ouest son expertise de l’urgence vitale pédiatrique au travers d’interventions dites primaires (soins sur les lieux de l’urgence), d’interventions secondaires (soins en renfort dans des hôpitaux périphériques et retour vers le CHU), d’interventions TIIH (transferts infirmiers interhospitaliers) et par l’activité de régulation médicale des appels pédiatriques au 15.

Depuis toutes ces années, les ambulanciers du SAMU de Toulouse accompagnent ces interventions qui concernent des gabarits et des pathologies très spécifiques, de l’extrême prématuré de 500 grammes au grand enfant d’une dizaine d’années, en situations d’urgence vitale où le soutien dans les soins de confort pour l’enfant et ses parents a autant d’importance que les gestes techniques de sauvetage.

Après une présentation de notre fonctionnement, de notre matériel et des principales interventions que nous effectuons au SMUR pédiatrique, nous vous exposerons ce qu’attendent les équipes du rôle de l’ambulancier dans ces situations : gestion du matériel, gestes techniques, mais aussi attitude pour prendre pleinement sa place dans l’équipe (motivation, positionnement, conduite).

NOTE DE VÉRIFICATION

L’effectif et le volume d’activité sont ceux indiqués dans la contribution. Les règles d’orientation des traumatismes pédiatriques du secteur Ouest figurent dans les ressources Occi.TRAUMA. **[04] [13]**

SÉANCE · 3 NOV. · 11 H 00

PROGRAMME →

L’infirmier en pratique avancée aux urgences

L’UMH-IPA dans la réponse extrahospitalière

Thomas Pardon · IPA au SMUR de Toulouse, intervenant annoncé

L’infirmier en pratique avancée, mention urgences (IPA-U), représente une nouvelle profession au sein des structures de médecine d’urgence (SU, SAMU, SMUR). Ce nouveau rôle nécessite encore d’être pleinement compris et intégré, tant par les acteurs de terrain eux-mêmes que par les tutelles, les directions générales et les directions des soins des hôpitaux et des cliniques.

Le cadre légal de la pratique avancée infirmière a été introduit par la loi du 26 janvier 2016, puis précisé par les textes réglementaires de 2018. La mention « urgences » a été spécifiquement encadrée par le décret et l’arrêté du 25 octobre 2021.

La formation universitaire de deux ans, conduisant au diplôme d’État d’infirmier en pratique avancée (grade master), permet d’acquérir un socle de compétences élargies. Elle développe notamment des compétences médicales en matière d’examen clinique, de raisonnement diagnostique, ainsi que de prescription d’examens complémentaires et de thérapeutiques. Ces compétences permettent à l’IPA-U de prendre en charge de manière autonome des patients présentant des situations cliniques peu complexes, ou d’intervenir auprès de patients présentant des situations plus complexes, en collaboration avec le médecin, avec lequel la conduite diagnostique et thérapeutique est définie. Cette formation développe également des compétences transversales en matière d’organisation et de qualité des parcours de soins, de pédagogie et de recherche.

Depuis 2024, la réponse extrahospitalière évolue en intégrant la notion de réponse graduée, notamment avec les UMH-P. L’intégration des IPA-U renforce ainsi la gradation de la réponse extrahospitalière et la souplesse organisationnelle. Le dispositif UMH-IPA nécessite également d’être compris par l’ensemble des acteurs. Il constitue un niveau de réponse distinct de celui de l’UMH-P. Ces deux dispositifs ne répondent ni aux mêmes indications ni au même niveau de complexité clinique. Conformément aux motifs de recours définis par son décret, l’IPA-U peut être engagé dans des situations plus larges et plus complexes que celles relevant d’une réponse protocolisée, dès lors que, au regard des éléments disponibles lors de la régulation, la présence immédiate d’un médecin n’est pas jugée nécessaire.

À titre d’exemple, un patient présentant une détresse respiratoire à son domicile peut relever de ce niveau de réponse. Une ventilation non invasive peut être initiée par l’IPA-U. À la suite de son examen clinique, celui-ci peut engager la démarche diagnostique et mettre en œuvre des thérapeutiques intraveineuses (IV), en collaboration avec le médecin régulateur.

Un autre exemple peut être celui d’un accident de la voie publique (AVP). Face à un patient présentant une douleur du membre inférieur, associée à une suspicion de fracture fermée du fémur, l’UMH-IPA pourra réaliser un examen clinique, effectuer une échographie FAST afin de rechercher une éventuelle hémorragie intra-abdominale, mettre en œuvre une analgésie et une immobilisation en traction du membre inférieur, puis transmettre son bilan au médecin régulateur. Ces actions permettront d’orienter le patient vers la structure de soins adaptée.

Ces situations illustrent la place spécifique de l’UMH-IPA : prendre en charge des patients dont la situation clinique nécessite davantage qu’une réponse paramédicalisée protocolisée, sans pour autant imposer systématiquement la présence immédiate d’un médecin.

NOTE DE VÉRIFICATION

Les exemples sont ceux de la contribution. Les compétences et les conditions d’intervention des IPA aux urgences sont fixées par le cadre réglementaire. **[07] [37]**

SÉANCE · 4 NOV. · 16 H 00

PROGRAMME →

SA-URG

La réponse sanitaire d’urgence à travers les Pyrénées

Séance présentée par Cédric Nouzieres selon le programme



OBJECTIFS DU PROJET

Faciliter l’accès aux soins des habitants de la région transpyrénéenne et renforcer l’entraide entre les équipes de santé des deux côtés de la frontière.

01

Outils partagés

Développer des outils numériques et technologiques.

02

Formation et procédures

Former les professionnels et élaborer des procédures communes.

03

Équipe mobile

Créer une équipe de santé mobile transfrontalière.

COORDINATION ET PARTENAIRES

CHU de Toulouse, Centre hospitalier de la Côte basque, Navarrabiomed, SEM Barcelona et SALUD Aragona. Projet cofinancé par l’Union européenne. **[25]**

NOTE DE VÉRIFICATION

Le CHU de Toulouse coordonne le projet. La création de l’équipe mobile figure parmi les objectifs annoncés. Le programme des JEF indique « SA Urgs ». **[02] [25]**

SÉANCE · 4 NOV. · 14 H 15

PROGRAMME →

La formation des assistants de régulation médicale

Des premiers recrutements au diplôme d'ARM

Stéphane Drouet · assistant de régulation médicale, intervenant annoncé

Depuis la création des SAMU, les assistants de régulation médicale n'avaient accès à aucune formation diplômante. Chaque SAMU formait en interne des candidats à l'exercice de cette profession, le plus souvent choisis parmi des aides-soignants, des ambulanciers, des pompiers volontaires ou d'autres secouristes. Parfois, une formation organisée par les CESU pouvait préparer les postulants à un concours d'accès au grade.

C'est en 2019 que furent créés les centres de formation d'assistant de régulation médicale. L'arrêté du 19 juillet 2019 précise les conditions d'accès à cette formation, d'obtention du diplôme et d'agrément des centres de formation. En annexe, un référentiel détaille les compétences à acquérir, réparties en quatre blocs :
1. Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU-Centre 15.
2. Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale.
3. Traitement des informations liées à la régulation, à la qualité, à la sécurité et à la vie du service.
4. Appui à la gestion des moyens en situations dégradées ou exceptionnelles et lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours.

L'enseignement dure 1 470 heures sur une période de 11 mois. Vingt et une semaines sont consacrées à l'enseignement théorique, mais également à des travaux pratiques et à des simulations d'appels, et 21 autres semaines à la réalisation de stages, dont 16 semaines exclusivement en stage métier permettant à l'élève une immersion au sein d'un centre de réception et de régulation des appels des SAMU-SAS.

L'obtention du diplôme s'effectue par la validation de l'ensemble de ces blocs de compétences, via des examens théoriques comme des études de cas, mais également des mises en situation d'appels simulées et des évaluations pratiques en stage.

Depuis la création des CFARM, les soignants, ambulanciers et secouristes souhaitant exercer le métier d'ARM sont toujours présents. Mais de nouveaux profils sont apparus, avec des parcours professionnels très diversifiés. Et il faut bien reconnaître que nombre d'entre eux arrivent à faire leur place.

Depuis l'arrêté du 25 juin 2026, des étudiants en santé peuvent, sous certaines conditions, effectuer des vacations en qualité d'assistant de régulation médicale.

Aujourd'hui, 21 centres de formation d'assistant de régulation médicale sont agréés sur l'ensemble du territoire. Ils sont rassemblés au sein d'une association, l'ANCFARM.

NOTE DE VÉRIFICATION

Les conditions de vacation sont précisées dans le texte consolidé. Le nombre de centres cité dans la contribution est présenté sans date de décompte. **[20] [33] [34]**

SÉANCE · 4 NOV. · 14 H 45

PROGRAMME →

Les situations sanitaires exceptionnelles à Toulouse

Virginie Fauvel · cadre de santé puéricultrice, SAMU 31, CHU de Toulouse
Cadre référente ESR Occitanie · conseillère technique régionale, mission SSE

La réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) repose sur la capacité à anticiper, organiser et coordonner rapidement l'ensemble des ressources nécessaires. À Toulouse, cette culture de la gestion de crise s'inscrit dans l'histoire du SAMU 31 et de la médecine de catastrophe. Elle repose aujourd'hui sur une organisation associant étroitement les réponses préhospitalière, hospitalière et territoriale.

Du terrain jusqu'à l'hôpital, cette organisation mobilise le SAMU-SMUR, les différents services du CHU de Toulouse ainsi que de nombreux partenaires institutionnels et opérationnels. La réponse s'inscrit dans une articulation entre le dispositif ORSEC, placé sous l'autorité préfectorale, et le dispositif ORSAN, piloté par l'ARS Occitanie, afin d'assurer la continuité du parcours des victimes et des patients. Au niveau hospitalier, elle se décline au travers du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) du CHU. Cette organisation permet d'adapter la réponse à la nature et à l'ampleur de l'événement : afflux massif de victimes (AMAVI), risque épidémique et biologique (REB), risque nucléaire, radiologique et chimique (NRC), événements climatiques exceptionnels ou encore prise en charge médico-psychologique.

Établissement de santé de référence régional depuis 2024, le CHU de Toulouse s'inscrit pleinement dans l'organisation régionale de la réponse aux SSE. En lien avec l'ARS Occitanie, il participe à l'élaboration et à l'évolution des dispositifs et assure une mission d'expertise et d'appui auprès des établissements de santé de la région. Cet accompagnement repose notamment sur le conseil, la formation, le partage d'outils et de procédures, ainsi que sur la préparation et l'entraînement des équipes.

Au-delà des plans et des moyens matériels, cette capacité de réponse repose avant tout sur les femmes et les hommes qui la mettent en œuvre. La formation, les exercices, les entraînements interservices et les retours d'expérience permettent d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires, mais également de développer progressivement de véritables expertises. Cette dynamique favorise la polyvalence, la transmission des savoirs, l'émergence de professionnels ressources et peut accompagner l'évolution vers de nouvelles missions et responsabilités.

Les ambulanciers du SAMU-SMUR occupent pleinement leur place dans cette organisation. Leur implication dans la préparation des moyens, la formation, les exercices et les interventions contribue au développement d'une expertise qui dépasse la seule réponse opérationnelle. Leur polyvalence, leur expérience et les compétences acquises au fil des années participent directement à la capacité collective du SAMU et du CHU à faire face aux situations exceptionnelles.

NOTE DE VÉRIFICATION

Le ministère décrit le cadre ORSAN et le plan hospitalier de gestion des tensions et des situations sanitaires exceptionnelles. **[19] [21] [35]**

Références complémentaires

Ces références accompagnent les notes de vérification des articles. Chaque entrée ouvre le document ou la page de référence.

25 CHU DE TOULOUSE
SA-URG · projet transfrontalier

26 SFMU · AFASH · ANCESU
Référentiel national de conduite d'urgence · texte intégral

27 ERC
Réanimation avancée de l'adulte · recommandations 2025

28 AMERICAN HEART ASSOCIATION
Réanimation avancée de l'adulte · recommandations 2025

29 ILCOR
Défibrillation séquentielle · consensus scientifique

30 SFMU · ANCESU
Communiqué pédiatrique du 23 septembre 2026

31 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
Bulletin sur le cyclone Chido du 15 janvier 2025

32 OMS
Cyclone Chido response in Mayotte

33 LÉGIFRANCE
Formation et diplôme d'ARM · arrêté du 19 juillet 2019

34 LÉGIFRANCE
Vacations des étudiants en santé · texte consolidé

35 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Dispositif ORSAN et situations exceptionnelles

36 ROSSAINT ET AL.
Hémorragie et coagulopathie après traumatisme · 2023

37 LÉGIFRANCE
IPA et urgences · article R. 4301-3-1

38 LÉGIFRANCE
Service médical à bord · division 217

SOURCES DES CONTRIBUTIONS

Les contributions proviennent des pages 5 à 24 de la maquette photographiée. Le texte a été recomposé et relu. Les notes éditoriales distinguent les données attribuées aux intervenants, les éléments recoupés et les passages dont la lecture reste incertaine. La seconde prise de vue de la page 24 a servi à la transcription de l'article de Virginie Fauvel.