



HAL
open science

Évaluation à distance des connaissances acquises lors de la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence par des Infirmiers récemment diplômés

Pascal Mahé

► **To cite this version:**

Pascal Mahé. Évaluation à distance des connaissances acquises lors de la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence par des Infirmiers récemment diplômés. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01307980

HAL Id: dumas-01307980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307980>

Submitted on 23 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Diplôme Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé

**Université Victor Segalen Bordeaux II
Centre de Recherches Appliquées en Méthodes Educatives**

Evaluation à distance des connaissances acquises lors de la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence par des Infirmiers récemment diplômés

**Pascal MAHE - Infirmier Anesthésiste,
Enseignant, Centre d'Enseignement de Soins d'Urgence**

Année 2013

« Quiconque ne continue pas d'apprendre est indigne d'enseigner. »
Gaston BACHELARD

Résumé

Il existe un retard important en France en matière de prise en charge de l'urgence vitale. Depuis 2006, les soignants sont tenus d'être titulaires de l'AFGSU de niveau 2 pour pouvoir exercer leur profession. L'AFGSU a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification et à la prise en charge d'une urgence médicale.

Que reste-t-il de la formation GSU à distance dans le temps et quelles sont les attentes des professionnels ?

49 infirmiers ayant suivi la formation GSU ont répondu à un questionnaire évaluant leur ressenti, leur vécu professionnel de situations d'urgence et la mémorisation des connaissances théoriques et pratiques enseignées.

La formation GSU est indispensable et correspond à leurs attentes. Plus de la moitié ont été confrontés à une situation d'urgence.

On note un effritement important des savoirs avec le temps, pour 41% des personnes, la moitié des connaissances a été oubliée. Plusieurs axes d'amélioration sont possibles, tant pour la formation initiale que pour la réactualisation dont le délai pourrait être réduit à 2 ans pour 68% des personnes interrogées. De nombreux outils ou techniques pédagogiques sont à notre disposition pour améliorer la mémorisation: la sollicitation multi sensorielle, la répétition de gestes en ateliers, les mises en situation et les jeux de rôle qui mettent en place des automatismes gestuels et contextualisent les situations d'urgence. D'autres techniques pédagogiques d'apparition plus récente pourraient enrichir l'arsenal du formateur GSU comme l'imagerie mentale, la simulation en santé et les «serious game».

Mots clés : AFGSU, évaluation, Infirmiers, mémorisation, réactualisation, connaissances, pratique, contextualisation, imagerie mentale, simulation, sérieux game,

Remerciements

A Monsieur Quinton pour sa bienveillante direction de mémoire et pour l'enrichissement personnel qu'il a su nous apporter dans le cadre des enseignements du diplôme universitaire de pédagogie des sciences de la santé ;

A Claudine, qui m'a accompagné patiemment dans ce travail passionnant et exigeant et dont les connaissances en général et en bureautique en particulier m'ont été fort précieuses ;

A mes collègues cadres de santé, formateurs de l'IFSI de La Rochelle, Jean-Christophe, Véronique, qui ont su se rendre disponibles et me faire bénéficier de leur expérience et de leur soutien inconditionnel ;

A Patricia, pour sa relecture et ses conseils judicieux ;

A Eric, cadre du SMUR rochelais, pour nos fructueux échanges ;

A tous les infirmiers qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Glossaire

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

AFGSU : Attestation De Formation Aux Gestes Et Soins D'urgence

ANCESU : Association Nationale Centre Enseignement De Soins D'urgence

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident sur Voie Publique

BAVU : Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle

CESU : Centre Enseignement De Soins D'urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRAME : Centre de Recherches Appliquées en Méthodes éducatives

DAE : Défibrillateur Automatisé Externe

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FGSU : Formation Aux Gestes Et Soins D'urgence

GSU : Gestes et Soins D'urgence

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé D'état

IDE : Infirmier Diplômé D'état

IFAS : Institut De Formation D'aides Soignants

IFSI : Institut De Formation En Soins Infirmiers

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MCE : Massage Cardiaque Externe

NRBCE : Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques et Explosifs

ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile

PLS : Position Latérale de Sécurité

QCM : Questionnaire à Choix Multiple

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFAR : Société Française de Réanimation

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Sommaire :

Introduction	1
1 Contexte.....	11
1.1 Notions d'épidémiologie	11
1.2 Contexte législatif.....	13
1.3 Le CESU 17.....	14
1.4 L'enseignement faisant l'objet de l'évaluation	16
1.4.1 Généralités	16
1.4.2 Objectifs spécifiques.....	17
1.4.3 Méthodes pédagogiques	21
2 Méthode.....	29
2.1 Elaboration du questionnaire.....	29
2.2 Choix de la population, diffusion et recueil du questionnaire.....	30
3 Résultats	32
3.1 Population.....	32
3.2 Ressenti et expériences vécues.....	33
3.3 Mémorisation de l'enseignement délai et contenu de la réactualisation.....	34
3.4 Autoévaluation 2ème partie du questionnaire	37
4 Discussion	38
4.1 Choix du sujet et de la méthode.....	38
4.2 Analyse des résultats.....	40
4.3 Perspectives	45
Conclusion	51
Annexes	53
Bibliographie.....	90
Références	93

Introduction

Les études de santé publique montrent un retard important de la France en matière de prise en charge des détresses vitales notamment une méconnaissance certaine des gestes de survie, de l'alerte, et de la chaîne de l'urgence.

Enseignant au sein du Centre d'Enseignement de Soins d'Urgence de Charente Maritime depuis septembre 2008, je fais partie des professionnels concernés par cette problématique. Mon activité professionnelle est répartie sur deux mi-temps. J'occupe ainsi, la fonction de formateur en Geste et Soins d'Urgence et le métier d'Infirmier Anesthésiste, ceci depuis 1991, au sein du service d'urgence, SAMU, SMUR du Groupe Hospitalier de La Rochelle.

Une de mes motivations pour devenir formateur de Gestes et Soins d'Urgence en 2008, outre mon intérêt pour la transmission de mes connaissances professionnelles provient du constat suivant: j'ai pu mesurer, lors de mon exercice professionnel, de 1982 à 1987 en service de réanimation puis depuis, au niveau du SMUR et des urgences, que souvent les soignants, notamment les infirmiers, rarement confrontés à des situations d'urgence vitales se retrouvaient démunis devant celles-ci, car insuffisamment préparés.

Je suis donc extrêmement intéressé par cette problématique, à double titre, en tant qu'infirmier anesthésiste travaillant au SMUR, confronté régulièrement à ces situations et en tant que formateur puisque je dispense, depuis ma formation initiale de formateur GSU, en 2008, des formations permettant aux paramédicaux de mettre à jour ou d'approfondir leurs connaissances sous la responsabilité d'un cadre de santé, en collaboration avec 5 autres formateurs occasionnels.

Mon désir d'effectuer un travail sur ce sujet vient de la difficulté que j'ai ressentie pour mettre en place un enseignement de qualité.

Un questionnement a émergé, ce mémoire de pédagogie devrait me permettre d'explorer voir de répondre à l'interrogation suivante:

Comment mesurer les notions intégrées, les acquis des participants afin d'adapter le contenu aux attentes parfois divergentes des apprenants en lien avec leurs expériences professionnelles très variées, et en fonction de leurs lieux d'exercice?

Dans le cadre de ces missions d'enseignement, j'ai mesuré la nécessité d'approfondir mes connaissances en pédagogie et me suis donc inscrit au Diplôme Universitaire de Pédagogie dans l'Enseignement Supérieur – Option Sciences de la Santé. Le travail ci-dessous s'inscrit dans le cadre de cet enseignement.

Le ministère de la santé a mis en place, par l'arrêté du 3 mars 2006 et la circulaire du 10 mai, la formation aux gestes et soins d'urgence afin de former les personnels des établissements de santé. Cette formation comporte deux niveaux¹, le premier destiné au personnel non soignant est nommé FGSU niveau 1, le second, destiné au personnel soignant intitulé FGSU niveau 2.

L'arrêté du 3 mars 2006 prévoit la mise en place d'une réactualisation des connaissances dans un délai de quatre ans après la formation initiale.

Le CESU dont je fais partie, a proposé cette réactualisation de la formation très récemment, à partir de 2012. Les textes législatifs laissant une marge de liberté afin d'adapter cette remise à niveau au public concerné, j'ai, seul, réalisé des journées de réactualisation de formation auprès d'un groupe de chirurgiens dentistes puis de personnels travaillant dans un établissement de transfusion sanguine et enfin de deux groupes d'infirmiers et d'aides soignants venant d'établissements différents dont des EHPAD.

Lors de ces 4 formations, j'ai remarqué la mémorisation très hétérogène des contenus enseignés 4 ans auparavant ainsi que les questionnements très divers, fonctions de la catégorie professionnelle, du lieu d'exercice, de l'ancienneté. En effet un chirurgien dentiste, un préleveur de laboratoire seront davantage concernés par les malaises alors qu'un infirmier travaillant en médecine sera demandeur d'approfondissements sur l'arrêt cardiaque.

Nous présenterons d'abord le cadre législatif de l'enseignement GSU, des notions d'épidémiologie des urgences vitales et notamment de l'arrêt cardiorespiratoire, puis nous développerons le dispositif pédagogique que nous avons mis en place à La Rochelle pour la formation GSU. Enfin nous exposerons l'évaluation des connaissances post FGSU d'un public cible, constitué d'IDE récemment diplômés. Cette évaluation nous permettra de proposer un projet de dispositif pédagogique optimisé pour la réactualisation de la formation GSU, le plus adapté possible aux besoins en formation des professionnels que nous formons.

1. Contexte

1.1. Notions d'épidémiologie.

Parmi les urgences vitales, l'arrêt cardiorespiratoire fait figure de situation emblématique avec près de 50 000 cas de mort subite par an en France. Il s'agit d'un problème de santé publique important, avec une incidence de 0.55/1000 habitants.

Dans notre pays le taux de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque est très faible en comparaison notamment avec les pays scandinaves ou les États-Unis. Ainsi, environ 130 personnes par jour meurent chaque année en France d'un arrêt cardiorespiratoire, le taux de survie ne dépasse pas 3 %². Celui de la ville de Seattle aux États-Unis atteint 25% grâce à de nombreuses années de formation des acteurs intervenant dans la prise en charge de ces victimes.

D'après une étude menée sur deux ans par le « Centre d'expertise de la mort subite de l'adulte »³, unité INSERM du centre de recherche cardiovasculaire de l'hôpital européen Georges-Pompidou, sur 3812 patients ayant subi un arrêt cardiaque en dehors du milieu hospitalier, en présence de témoins dans 81% des cas et pour lesquels le SAMU a été appelé, une réanimation cardio-pulmonaire n'a été tentée que dans 42% des cas. Les patients sont arrivés vivants à l'hôpital dans 34% des cas, et uniquement 7% en sont ressortis vivants. On peut mesurer ainsi la marge de progression possible dans l'éducation ou la formation du public puisque qu'une personne sur 2 seulement a tenté une réanimation.

Les recommandations concernant la prise en charge de l'arrêt cardiaque évoluent très régulièrement d'où la nécessité d'une mise à jour régulière des connaissances. En novembre 2010 à la Maison du Cœur, au cours d'une conférence conjointe de la Croix Rouge française, du Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire et de la Fédération

Française de Cardiologie les nouvelles recommandations européennes établies pour 2010/2015 par l'European Resuscitation Council ont ainsi été présentées:

Appeler le 15 – Masser – Défibriller ainsi que le développement de l'installation de Défibrillateurs automatisés externes dans les lieux publics et privés et la formation des Français.

D'après les données de la Société Française de Réanimation, le pronostic dépend essentiellement de la rapidité de la prise en charge et de la réalisation des gestes de réanimation. En effet, les chances de survie baissent de 10 % chaque minute en l'absence de réanimation, et de 3 à 4 % si une réanimation est entreprise. Le taux de survie à 1 mois est de 2,5%.

En ce qui concerne l'ACR en milieu de soins, les statistiques de la revue médicale suisse⁴ évoquent entre 3 et 18 cas par an pour 100 lits d'hospitalisations. Les premières manœuvres de réanimation sont alors effectuées par le personnel soignant sur place, dont le niveau de formation est très variable en lien avec l'ancienneté de leur formation professionnelle initiale et leur expérience dans ce domaine.

D'autres exemples sont aussi très significatifs. Ainsi, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie estime que la prévalence des troubles de la déglutition, fréquents chez les personnes fragiles notamment âgées, est de l'ordre 50% en EHPAD⁵. Les complications potentielles des fausses routes sont graves. Elles peuvent mettre en cause le pronostic vital.

D'autre part, d'après l'INSERM, il y a eu en France environ 540 000 décès en 2010, dont plus de 21 000 seraient considérés comme évitables ou prématurés puisque leurs causes sont : les accidents routiers, les chutes, l'asphyxie, les brûlures, la noyade, de fait cette accidentologie est la 3ème cause de mortalité en France après les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire.

Devant ces constats, le ministère de la santé a mis en place, en 2006, la Formation aux Gestes et Soins d'Urgence afin de former à terme la majorité des personnels des établissements de santé afin de tenter de répondre à cette problématique.

1.2.Contexte législatif.

De fait tous les professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la Santé publique : professions médicales (Titre III, IV et V), professions de la pharmacie (Titre III et IV), professions paramédicales (Titre I à VII), les infirmiers (Titre IV) et certains professionnels de santé non-inscrits à la quatrième partie du code de la Santé publique : aides-soignants, ambulanciers et préleveurs de laboratoire, sont tenus d'être titulaires de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 au moment de l'obtention de leur diplôme pour pouvoir exercer leur profession.

Depuis l'arrêté du 21 avril 2007 modifiant les arrêtés relatifs aux conditions de délivrance du diplôme d'État de certaines professions de santé, l'AFGSU est obligatoire pour l'obtention du diplôme de la quasi totalité des professions de santé.⁶

Elle ne l'est pas pour ceux qui ont été diplômés avant le 1er janvier 2010, date de promulgation de cette obligation.

Sans la rendre obligatoire, les pouvoirs publics par les circulaires du 31 décembre 2007 et du 27 mai 2010 relatives à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé, affichent la volonté de rendre incontournable cette formation dans le cursus des soignants et non-soignants des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Comme vu précédemment les connaissances théoriques acquises lors de ces formations sont rapidement obsolètes et l'éventuel manque de pratique ne permet pas de garantir une optimisation des décisions et des gestes. Aussi, le législateur a anticipé la nécessaire réactualisation de ces formations par l'article 5 de l'arrêté du 3 mars 2006 :

«... La validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 et 2 est de quatre ans. Le renouvellement de l'attestation est effectué après des séances de réactualisation des connaissances. Passé ces délais, la formation initiale doit être faite intégralement..... »

Toutes les attestations⁷ de formations sont délivrées par les Directeurs des CESU à l'issu de celles-ci.

Créés en 1973, les CESU sont des unités fonctionnelles hospitalières attachées au SAMU. Initialement chargés de la formation des ambulanciers et des étudiants en médecine, leurs activités se sont diversifiées au gré des différents textes de loi jusqu'à aujourd'hui ou ils sont notamment chargés d'assurer la formation aux gestes d'urgence dans les instituts de formation aux professions paramédicales dont les instituts de formation en soins infirmiers.

Les CESU sont devenus véritablement les écoles hospitalières des SAMU ayant pour missions de former et d'entretenir le savoir faire des professionnels de santé par l'enseignement de la prise en charge des urgences.

Les formations GSU sont dispensées par des formateurs médicaux et paramédicaux détenteurs d'une attestation de formateurs aux gestes et soins d'urgence renouvelable tous les 4 ans.

1.3.Le CESU 17

Le CESU 17 existe depuis 2007 date de l'obtention de l'agrément. Il est rattaché au SAMU 17 du Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis. L'équipe est composée d'un médecin Directeur qui est aussi le chef de Service des Urgences, du SAMU et du SMUR du groupe Hospitalier, d'un 30% de temps de cadre infirmier, d'un 50% de temps de secrétariat. Je suis, à 50% le seul enseignant ayant du temps dédié, les autres formateurs intervenant ponctuellement en vacations de 2 ou 3 jours sur leur temps personnel.

Les locaux, sur La Rochelle, sièges du CESU 17, ne permettent jusqu'à aujourd'hui l'utilisation pérenne que d'une seule salle équipée d'un ordinateur, d'un vidéoprojecteur ainsi que de mannequins et matériels divers notamment des défibrillateurs automatiques d'entraînement. Ponctuellement sont utilisées des salles de cours appartenant à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ou aux établissements demandeurs.

Une salle est actuellement en cours d'aménagement dans les locaux du SMUR. Elle sera utilisée ponctuellement pour les formations du CESU. Les locaux ne comportent pas de salle de travaux pratiques équipée de lit d'hospitalisation et de différents appareils de monitoring permettant l'immersion des participants dans des mises en situation réalistes.

Une demande de local de ce type a été faite auprès de l'institution coïncidant avec l'acquisition probable d'un mannequin de simulation sur le plan d'équipement 2014.

Les missions des CESU sont définies par décret ⁸ du ministère de la Santé selon 3 axes principaux ,à savoir, contribuer à la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière de prise en charge des urgences médicales, former et participer à la gestion des crises sanitaires et enfin promouvoir l'éducation à la santé.

Ces orientations se traduisent à La Rochelle par les actions suivantes :

- Des sensibilisations grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire dans les communes qui en font la demande, notamment lors de la mise en place d'un défibrillateur automatisé externe public.
- Des formations du personnel du service des urgences notamment à la prise en charge de victimes en situation d'exception d'un accident de type Radio-Nucléaire Biologique, Chimique ou Explosif ou lors du déploiement d'un plan de secours.
- Depuis 2011, une formation à la prise en charge des patients en détresse vitale en salles de déchocage a été proposée à un public d'IDE en service d'urgences.
- En 2013, la formation des auxiliaires de vie à la prise en charge des aspirations trachéales des patients trachéotomisés, en collaboration avec le service de Réanimation du Groupe Hospitalier de La Rochelle est proposée, 18 personnes sont formées.
- La création d'un centre de simulation médicale après l'acquisition d'un mannequin de simulation est prévue pour début 2014.

En matière de GSU, le CESU 17 organise les FGSU des personnels de l'ensemble du département de la Charente maritime tous établissements de santé confondus (hôpitaux, cliniques, EHPAD, centres de rééducation, centre de soins à domicile...) ainsi que celles des professions libérales de santé (chirurgiens dentistes, infirmiers...)

De nombreuses sessions de formations GSU ont été réalisées compte tenu de l'obligation légale de formation concernant les étudiants infirmiers, soit environ 250 par an

ainsi que celle des élèves Aides Soignants, 150 par an, répartis dans 4 instituts de formation,

Les journées de réactualisations de ces formations ont débuté en Charente maritime en 2012.

1.4.L'enseignement objet de l'Evaluation.

1.4.1. Généralités

Le contenu et les objectifs généraux des formations GSU tels que le législateur les a établis explorent les Savoirs et le savoir faire et sont définis par l'arrêté⁹ du 3 mars 2006 pour le niveau 1 (12 heures)

«Art. 6. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.»

pour le niveau 2 (21 heures):

«Art. 8. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.»

Ainsi ce contenu se déroule sur plusieurs modules répartis sur 12 heures (1^{er} niveau) pour des groupes de 12 personnes pour 1 formateur et jusqu'à 14 participants pour 2 formateurs et 9 heures supplémentaires nécessaires pour le 2^{ème} niveau.

Cet enseignement s'articule autour de 3 modules :

- Le module **Urgences Vitales** qui traite de la protection (Identification du danger et mise en œuvre de mesures adaptées), de l'alerte (Alerter le SAMU centre 15 ou le numéro interne dédié aux urgences vitales), de l'Inconscience, de l'arrêt cardiaque,

de l'obstruction des voies aériennes et des hémorragies. L'utilisation des appareils de surveillances, la prise des paramètres vitaux sont propres au niveau 2.

- Le module **Urgences Potentielles** présente la prise en charge des malaises, des traumatismes cutanés et osseux, le brancardage et l'hygiène .L'utilisation du matériel d'immobilisation, le retrait du casque intégral et l'accouchement inopiné sont spécifiques au niveau 2.
- Le module **Risques Collectifs** doit permettre aux apprenants de définir le Plan blanc (plan d'afflux massif de victimes à l'hôpital), d'en connaître les modalités et de s'impliquer au sein de leur établissement en cas de déclenchement. Ce module permet également de les sensibiliser aux risques radio nucléaires, bactériologiques, chimiques et explosifs. Le niveau 2 insiste sur la participation aux divers plans sanitaires et de secours ainsi que l'intégration effective des soignants à la chaîne des soins en situation d'exception.

Tous les objectifs pédagogiques des GSU de niveau 2 s'entendent en complément des objectifs du niveau 1. Ce travail de recherche étant centré sur le GSU de niveau 2, j'aborderai les objectifs pédagogiques concernant uniquement ce niveau.

Une déclinaison par objectifs pédagogiques spécifiques a été proposée par l'Association Nationale des CESU ¹⁰ dès la parution du décret. Ce sont ceux qui guident l'enseignement que nous réalisons.

1.4.2. Objectifs spécifiques

A l'issue de la formation GSU de niveau 2 l'apprenant doit savoir décrire les missions du SAMU-centre15, connaître le principe des numéros d'alerte interne au sein de la structure dans laquelle il travaille, formuler un message d'alerte cohérent afin d'optimiser la mise en place de la chaîne des secours, appliquer les conseils donnés par le médecin régulateur du SAMU.

En fonction de ses compétences professionnelles, il doit maîtriser l'utilisation des appareils non invasifs de mesure et de surveillance des paramètres vitaux et savoir en identifier les anomalies de fonctionnement.

Module urgences vitales

Quelque soit son environnement professionnel (hôpital, institution, cabinet de consultations, soins à domicile...), l'apprenant doit être en mesure d'identifier une situation à risque d'obstruction des voies aériennes, de différencier une obstruction totale des voies aériennes d'une obstruction incomplète et savoir pratiquer les manœuvres de désobstruction appropriées, à savoir les tapes dans le dos chez un adulte, un enfant ou un nourrisson, les compressions abdominales chez un adulte ou un enfant (méthode de Heimlich) ou encore les compressions thoraciques chez le nourrisson.

Au cours de la formation il apprendra à adapter ses gestes aux cas particuliers : femme enceinte, obèse, adulte qui devient inconscient...

L'apprenant saura identifier une hémorragie externe ou extériorisée dans tout contexte hospitalier ou médico-social et en toutes circonstances, installer la victime dans une position d'attente adaptée et pratiquer les gestes qui s'imposent à savoir selon les situations, la réalisation d'une compression manuelle directe tout en se protégeant et enfin la pose d'un garrot si cela est nécessaire.

Lors d'un d'accident d'exposition au sang, il connaîtra la procédure à respecter dans son établissement.

En cas d'altération profonde de la conscience, il en reconnaîtra les signes, cherchera la présence effective de ventilation spontanée et mettra en place les mesures de protection des voies aériennes, soit la libération de celles-ci, en recherchant la présence d'un corps étranger visible. Cette libération s'effectuera en basculant la tête en arrière et en surélevant le menton. Puis il installera le patient dans une position d'attente appropriée (position latérale de sécurité) selon les références scientifiques européennes reconnues et validées.

Il adaptera ces gestes en fonction du contexte, personne qui convulse ou femme enceinte ...

Il mettra en œuvre les appareils non invasifs de prise et de surveillance des paramètres vitaux pertinents dans le cadre d'une personne inconsciente.

Il repèrera les situations à risque d'arrêt cardiaque, en identifiera rapidement les signes : absence de mouvements, absence de réponse aux questions, absence de respiration, absence de pouls carotidien. Il saura différencier une ventilation spontanée efficace d'un mouvement inspiratoire agonique réflexe de type «gasp», déclencher l'alerte précoce selon le protocole d'alerte établi conditionnant l'arrivée rapide d'une équipe médicale.

En attendant l'arrivée de cette équipe, il réalisera la RCP, seul ou en équipe selon les recommandations scientifiques en vigueur c'est-à-dire les compressions thoraciques chez un adulte, un enfant, ou un nourrisson, une ventilation artificielle à l'aide d'un insufflateur manuel avec oxygène en milieu de soins ou par une technique non instrumentale (bouche à bouche) dans le cadre privé uniquement.

Au cours de la formation, il assimilera le principe de fonctionnement d'un Défibrillateur Automatisé Externe. Il saura le mettre en œuvre, seul ou en équipe, en adaptant son rôle en fonction du nombre et de la qualification des intervenants.

Module urgences potentielles

A l'issue de la formation GSU de niveau 2, l'apprenant saura identifier les signes physiques et fonctionnels pouvant précéder une détresse vitale (dyspnée, douleur aiguë, paralysie, lipothymie) et installera le patient dans une position d'attente adaptée.

Il saura repérer les signes de gravité d'un traumatisme cutané (plaie simple, grave, brûlure) et/ou osseux en fonction de l'aspect (saignement, délabrements, souillures, corps étrangers), de la localisation (crâne, face, rachis, thorax, abdomen et extrémités des membres) et des signes fonctionnels (nausées, vomissements, céphalées, paralysie, impotence fonctionnelle). Il saura installer la victime en position d'attente adaptée lors d'un traumatisme facial, abdominal ou thoracique, nettoyer une plaie simple en respectant les règles d'hygiène, sensibiliser le blessé sur la validité de ses vaccinations, refroidir toute brûlure récente selon les recommandations médicales françaises en vigueur

Selon le cas, il évitera la mobilisation ou procédera à l'immobilisation d'un membre lors d'un traumatisme osseux, seul ou en équipe, en utilisant le matériel d'immobilisation adapté disponible, en respectant les modalités d'utilisation.

Lors de situations nécessitant un retrait de casque que l'apprenant identifiera, il procédera au retrait du casque intégral seul ou à 2 intervenants.

De même, lors d'un traumatisme du rachis, il procédera à l'immobilisation du rachis en posant un collier cervical.

Lors d'un accouchement inopiné, dont il reconnaitra l'imminence, il procédera à la préparation de la mère, l'accompagnement de l'accouchement et à l'accueil de l'enfant.

Module risques collectifs

A l'issue de ce module, l'apprenant saura identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de protection adaptée, en cas d'alerte des populations ou de situations d'exception au sein de l'établissement et de la zone de défense et de sécurité concernée.

Il sera sensibilisé aux risques NRBC, sera en mesure de participer à la mise en œuvre des plans sanitaires, notamment d'identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc et ainsi de s'intégrer dans la mise en œuvre des différents plans de secours et d'afflux massif, selon le rôle prévu pour la profession exercée.

Enfin, il aura connaissance de son rôle en cas d'activation des annexes NRBC, des procédures d'habillage avec les tenues adaptées prévues.

Objectifs transversaux

Les objectifs transversaux concernant la protection, l'hygiène, l'alerte et l'organisation en équipe sont à traiter lors de chaque séquence, en lien avec le thème, à savoir :

Identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre une protection adéquate, alerter de manière pertinente le SAMU centre 15 ou le numéro interne

de la structure dédié aux urgences vitales, transmettre les observations et suivre les conseils donnés, appliquer les règles d'hygiène, utiliser le matériel de surveillance non invasif du chariot d'urgence (Tensiomètre électronique, oxymètre de pouls, scope...) lorsque l'état du patient le nécessite.

J'assure personnellement, en tant qu'enseignant du CESU 17, la formation d'une vingtaine de groupes GSU par an en moyenne avec une majorité de GSU de niveau 2 (à titre indicatif 4 GSU 1 seulement en 2013). A la Rochelle, une session de ce type se déroule classiquement, pour des groupes de 10 à 12 personnes, sur 3 jours consécutifs, en respectant sensiblement la planification proposée par l'ANCESU ¹¹ en août 2006.

1.4.3. Méthodes pédagogiques

Dans sa proposition de planification des séquences d'apprentissage, l'ANCESU suggère de respecter une certaine chronologie et donne quelques conseils pédagogiques de type socioconstructiviste. Les mises en situations permettent d'éveiller la curiosité puis mettent en déséquilibre les apprenants en suscitant l'étonnement. La réflexivité est développée en acceptant l'essai / erreur et le questionnement. Ainsi l'apprenant sait qu'il ne sait pas et devient « ignorant conscient », il doit ensuite s'approprier les nouveaux savoirs pour retrouver un équilibre. L'analyse et la synthèse des contenus sont réalisées avec la participation active des apprenants guidés par le formateur. Les connaissances antérieures des apprenants sont explorées afin de les réactiver et les réajuster en favorisant la découverte, le tâtonnement et en confrontant les raisonnements.

Je me suis très largement inspiré de ces propositions lors de ma prise de fonction. J'ai également utilisé ce qui m'a été enseigné lors de ma formation de formateur par le CESU de Niort, les contenus de « pédagogie générale » et de « pédagogie du geste » enseignés à d'Amiens et enfin celui de la formation « dynamique de groupe » suivi à la Rochelle. Tout ce cursus est recommandé par l'ANCESU pour l'obtention du statut d'enseignant CESU. Depuis grâce aux échanges de pratiques réalisés lors de sessions en

co-animation, avec des collègues formateurs ambulanciers et surtout avec des Cadres de Santé Formateurs en IFSI j'ai pu enrichir et diversifier ma pratique.

Je décris ci-dessous un exemple représentatif d'une session parmi d'autres.

- **La première journée** est essentiellement consacrée aux Urgences vitales.

Après l'accueil des participants, un tour de table est réalisé afin de révéler les attentes des apprenants et leurs expériences, tant en terme d'expérience professionnelle que de connaissances des gestes de secours. Les participants aux formations GSU ont, pour reprendre les termes de Jacques Tardif¹², des ressources internes, des représentations qu'il convient ou non de transformer, des connaissances théoriques et des savoirs faire puisque qu'ils sont déjà professionnels en exercice. De plus ils ont la plupart du temps suivis antérieurement une formation de secourisme.

Cependant, l'expérience de formateur dans ce domaine permet de dire que les ressources externes sont le plus souvent méconnues. En effet, pour ne citer qu'un exemple, peu de participants en début de session connaissent l'existence de la mise à jour des recommandations concernant la réanimation cardio-pulmonaire¹³.

Les exemples de situations professionnelles vécues restent très aléatoires en fonction du lieu d'exercice professionnel et de l'ancienneté des participants.

La formation est présentée dans ses grandes lignes ainsi que les méthodes pédagogiques utilisées. Ce temps d'une durée de 30 minutes environ est mis à profit pour installer un climat de confiance, donner la parole à chacun et faciliter les échanges entre les participants afin d'instaurer une dynamique de groupe positive.

L'heure suivante est consacrée à des généralités sur les thèmes du danger, de la protection, de l'alerte et de la chaîne des secours sous forme de questionnements des participants par le biais de situations, avec prise de notes au tableau afin de connaître d'explorer les connaissances ou savoirs des participants.

Ce temps permet de se faire une représentation approximative du profil des apprenants, de repérer les personnes discrètes ou silencieuses et celles qui seraient plus

volubiles. Il permet également d'éveiller la curiosité, de «mettre en appétit», d'impliquer et de concentrer l'attention du groupe.

Un diaporama de synthèse très illustré suivi d'une vidéo ¹⁴ sur le sujet de l'alerte au SAMU centre 15 est diffusé avant la première pause en milieu de matinée.

Ensuite est abordée la séquence de prise en charge d'une hémorragie externe ou extériorisée à partir d'une photographie évoquant une situation réelle. La participation orale de l'ensemble du groupe permet de déterminer les gestes de secours à accomplir sur la victime. L'enseignement en petits groupes de 12 permet de faire participer toutes les personnes, d'aller «chercher» les plus réservées. Dans les études de cas, l'évocation des situations vécues, permet de réveiller les émotions et ainsi de favoriser l'ancrage émotionnel ce qui nourrit la motivation. Ensuite survient la confirmation ou le réajustement facilitant ainsi l'appropriation des connaissances.

Les différents gestes, compression manuelle directe, pansement compressif, garrot font l'objet d'un atelier auxquels doivent participer tous les apprenants.

En fin de séquence, une reprise des éléments utiles de la procédure de prise en charge d'une hémorragie avec l'évocation des cas particuliers est réalisée oralement à l'aide d'un diaporama support.

Pour l'obstruction des voies aériennes, le même processus est utilisé, à partir d'une photographie, permettant d'identifier les connaissances et méconnaissances des participants, suivi d'une synthèse abordant différents cas de figures comme l'obstruction partielle, le cas particulier du nourrisson ...

Cette séquence dure approximativement 1 heure.

A la mi-journée, des mises en situation de synthèse par jeux de rôle mettant en scène des situations d'urgence en rapport avec les thèmes abordés, incluant les objectifs transversaux, permettent à la fois de contextualiser l'enseignement, de mettre les participants en position d'acteur facilitant ainsi le raisonnement hypothético-déductif. Après la pause repas, le groupe est confronté à une situation de patient «qui respire», retrouvé inconscient suite à une chute par exemple, avec la complicité d'un participant qui joue la victime, permettant d'aborder la libération des voies aériennes, la recherche d'une

respiration efficace et la mise en position latérale de sécurité. L'ensemble du groupe participe oralement comme précédemment avec recueil au tableau des éléments évoqués.

Puis les participants effectuent, comme précédemment, des ateliers qui leur permettent de reconstituer toute la démarche de prise en charge du patient inconscient qui respire soit : bilan des fonctions vital, mise en PLS, appel au centre 15, surveillance en attendant les secours. Pour ce faire je les répartie en groupes de 3 personnes, chacun jouant tour à tour le rôle de la «victime», du «sauveteur» et celui de «l'examineur».

Ensuite sont abordés les cas particuliers. Une synthèse finale à partir d'une situation clos cette séquence qui dure entre 45 minutes et 1 heure.

Le reste de la journée soit environ 2h 30 est consacré à l'arrêt cardio-respiratoire. Pour introduire cette séquence j'utilise l'exemple d'une situation qui se déroule dans un lieu public (par exemple la gare SNCF de La Rochelle, en général bien connue de tous et de ce fait favorable à la contextualisation, et parce que c'est un lieu équipé d'un défibrillateur automatisé). Je propose un jeu de rôle avec une victime et 2 ou 3 témoins. Les témoins ont toute latitude d'action sans intervention directe de ma part ni de celle des autres apprenants. C'est un moment de découverte du défibrillateur pour tous.

La mise en scène se termine à l'initiative du formateur par l'arrivée de l'équipe médicale.

Ensuite une synthèse est réalisée en groupe, avec les apprenants qui ont joué les témoins, dans un premier temps en favorisant l'auto-évaluation concernant leur ressenti sur la prestation («Avez-vous quelque chose à ajouter ou un commentaire sur la prestation?»), puis en demandant au groupe de faire ressortir les points positifs et les axes d'amélioration.

Un récapitulatif est réalisé ensuite sous forme de diaporama conjoint avec différentes démonstrations et vidéos sur la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire en détaillant les différents items de cette prise en charge, l'identification de l'ACR jusqu'au relai par l'équipe médicale du SMUR et en faisant manipuler le matériel d'urgence hospitalier (Sac ou chariot d'urgence).

A ce moment de la formation un point rapide est fait sur la maintenance du matériel et la matériovigilance.

Ensuite ont lieu les ateliers sur mannequins, où chacun peut observer, comprendre essayer, répéter et réajuster afin de parfaire ses techniques de massage cardiaque, de ventilation non instrumentale ou avec l'insufflateur, et manipuler le défibrillateur.

En fin d'après midi, des mises en situation de synthèse dans le cadre professionnel sont réalisées ,en incorporant les différentes thématiques abordées et en adoptant des comportements adaptés (identification de l'ACR, appel du 15 ou du numéro dédié, MCE immédiat, collecte du matériel d'urgence, pose du DAE, ventilation au BAVU, anticipation de la prise en charge médicale(pour les IDE: mise en place du monitoring disponible, pose d'une voie veineuse périphérique avec du sérum physiologique, préparation du matériel d'aspiration et d'intubation, préparation de seringues d'Adrénaline®, d'Amiodarone® ...)

La journée se termine par une synthèse du groupe selon le même schéma que précédemment. Je propose à chacun de relire ses notes en soirée et de réfléchir à des questions pour le lendemain matin. La société française de recherche et médecine du sommeil a publié en 2007 Certains articles de vulgarisation scientifique sur les neurosciences font en effet état du renforcement de l'apprentissage moteur pendant le sommeil paradoxal.¹⁵

- **La deuxième journée** débute par le bilan de la veille avec des réponses données aux éventuelles questions. Elle sera consacrée aux urgences potentielles.

Quelques mises en situation aux contextes variés reprennent les thèmes de la veille, afin de consolider la mémorisation. Elles consistent à prendre en charge une situation d'urgence en adoptant un comportement adéquat. Sont abordées ensuite les spécificités de la réanimation cardio-pulmonaire chez l'enfant, dans le cadre privé puis dans le cadre professionnel avec utilisation du matériel adapté. Des ateliers permettant à chacun de manipuler ce matériel sont organisés avec au minimum 1 mise en situation de RCP sur un enfant pour clôturer cette séquence.

A la fin de celle-ci je m'assure que chaque participant est intervenu au moins une fois dans une des mises en situation d'ACR. Un document de synthèse des urgences vitales est remis à chaque participant.

Après la pause de milieu de matinée, débute la partie consacrée aux urgences potentielles. Je répartis les apprenants en sous groupes de 2 ou 3 personnes afin de les faire travailler sur des situations de malaises (vagal, cardiaque, hypoglycémique, crise convulsive, AVC). Je leur demande de les traiter en jeux de rôles afin de mettre en évidence, en groupe, la prise en charge générale et spécifique de ces différents malaises. J'utilise le même procédé pour la partie consacrée aux traumatismes cutanés (plaies et brûlures).

En ce qui concerne l'accouchement inopiné, je fais travailler l'ensemble du groupe sur un cas d'accouchement à domicile (la voisine, enceinte de son troisième enfant, à terme, appelle en pleine nuit. Elle a perdu les eaux, a des contractions toutes les 5 minutes... et on se trouve à plus de 30 minutes de la maternité...). Ensemble le groupe recherche des solutions pour, après avoir alerté le SAMU, préparer la mère puis accompagner l'accouchement et enfin accueillir l'enfant en attendant l'arrivée des secours.

S'ensuit un exercice d'accouchement simulé sur bassin d'accouchement, matériel pédagogique utilisé dans les écoles de sage-femme. Il s'agit ici de simulation hybride¹⁶ (le patient est simulé par une personne associée à une partie mannequin).

Après la pause repas, sont traités les traumatismes osseux. Pour cela, j'utilise des diapositives projetées illustrant des situations de traumatismes divers que le groupe analyse afin d'identifier les signes de gravité, de déterminer les gestes adéquats à effectuer, de choisir et d'utiliser du matériel d'immobilisation adapté.

Le cas particulier du retrait du casque intégral chez un motard en détresse vitale est également abordé. J'utilise pour cela un temps de démonstration puis d'apprentissage simulé. Tous les participants réalisent l'acte sur un pair porteur d'un casque et simulant une victime.

En parallèle, en atelier, chacun peut manipuler les différentes attelles, collier cervicaux, casques mis à leur disposition par groupes de 3 ou 4 personnes afin de parfaire les différentes techniques.

Une initiation aux principes de relevage et de brancardage avec brancard-civière suit ces ateliers.

La journée se clôture par une mise en situation de synthèse qui reprend les thématiques de l'après midi et permet de recontextualiser les différentes notions abordées.

Suivant les thématiques, l'organisation des données à retenir sous forme de logigramme ou de carte conceptuelle est proposée, pour relecture et pour favoriser la mémorisation.

- **La troisième journée** débute par le bilan de la veille avec réponses données aux éventuelles questions. Elle porte ensuite sur les risques collectifs.

Afin de renforcer la mémorisation de connaissances, des mises en situation reprennent différentes situations d'urgence évoquées depuis le début de la formation, sur une durée d'1 heure et demie environ.

Ensuite, après la pause, un film sur la catastrophe de l'usine AZF de Toulouse¹⁷ est diffusé. Il sert d'introduction à la séquence qui concerne les risques collectifs et NRBC. En effet cet événement très médiatisé en 2001 est la plupart du temps déjà connu des participants et permet de travailler sur les représentations mentales, d'exprimer les jugements, les préjugés. Le débat, au sein du groupe qui suit la projection fait place à des raisonnements rationnels.

Sont abordés en suivant l'alerte aux populations, les plans de secours sanitaires, les dispositifs ORSEC et le plan blanc sous la forme d'un diaporama.

Un quizz sur ce thème est proposé au groupe, avant le repas de midi, afin qu'il y ait autoévaluation des savoirs à l'issue de cette matinée. L'après midi, la séquence concerne les risques NRBC. Une vidéo relatant un exercice qui s'est déroulé à l'hôpital Necker¹⁸ sur la prise en charge de victimes radiocontaminées suite à un attentat terroriste (dirty bomb) à Paris est diffusée au groupe.

Elle me permet d'introduire le risque NRBC, sujet final de cette formation. Un diaporama est exposé au groupe, suivi d'un atelier d'habillage / déshabillage. Ceci permet de familiariser le personnel hospitalier à ces procédures de protection avec une tenue adaptée et de s'intégrer dans la chaîne des soins en situation d'exception de type NRBC.

En FGSU, il n'est jamais question d'évaluation sanction. En effet, pour qu'il y ait apprentissage durable, il doit y avoir cohérence entre la finalité du formateur et celle des participants. Ici, il s'agit de développer des compétences en terme de prise en charge de situations d'urgence et surtout pas de laisser la place à des stratégies d'apprentissage privilégiant la réussite à un examen final.

La validation de cette formation telle que proposée par l'ANCESU en regard des textes législatifs est continue. Pour chaque participant, les critères sont la présence à la totalité des séquences, la réalisation de chaque geste technique au cours d'ateliers pratiques et la participation active et adaptée aux mises en situations dont au moins une comporte un ACR. Ce type de validation ne permet pas au formateur de mesurer la qualité ultérieure des prises en charge. Il faudrait pour cela que des évaluations pratiques échelonnées dans le temps soient réalisables.

Une évaluation institutionnelle¹⁹ écrite et anonyme de la formation est réalisée par chaque participant. Puis un bilan final de la formation GSU est proposé sous la forme d'une discussion qui permet à chacun d'élaborer un avis, sur les réponses apportées aux attentes et sur les améliorations possibles concernant le dispositif pédagogique mis en place.

Cette description de la formation GSU 2, précisément séquencée représente une sorte d'idéal. De fait, compte tenu des méthodes pédagogiques utilisées, inductives, actives, jeux de rôle, implication physique des apprenants, travaux en sous groupe, et la réalisation obligatoire par tous les participants de certains gestes, le timing est très difficile à tenir. Suivant les compositions des groupes, certaines parties se verront écourtées car les participants seront statistiquement moins concernés par certaines situations lors de leur exercice professionnel. D'autres séquences au contraire seront plus étoffées suite aux échanges, questions ou demandes d'approfondissement.

2. Méthode

2.1. Elaboration du questionnaire

Comme nous l'avons dit précédemment, notre choix d'être acteur dans l'enseignement des gestes d'urgence vient de la constatation du dénuement dans lequel peuvent se trouver les soignants face à une situation d'urgence.

Confronté au choix d'un sujet pour ce mémoire, nous nous sommes donc rapidement orienté vers l'évaluation des formations GSU et notamment celles dispensées par le CESU 17 afin de savoir si cet enseignement constitue en quelque sorte une «boîte à outils» efficace et durable pour les soignants formés.

Ce questionnaire a été bâti en plusieurs étapes:

Une première esquisse a été élaborée .Elle comportait 2 parties distinctes, l'une évaluant le ressenti des personnes ayant suivi la formation GSU et leur éventuelles confrontations, dans leur contexte professionnel, à des situations d'urgence, l'autre évaluant les connaissances théoriques et pratiques mémorisées depuis la formation. Ce premier jet a été modifié, en remplaçant le questionnaire à choix multiple par un questionnaire de type autoévaluation (règle de mesure de 1 à 10) afin de favoriser la spontanéité des réponses. En effet, le QCM peut engendrer la tentation de vérifier la réponse avant de répondre.

La troisième étape a été de tester ce questionnaire auprès d'un groupe de 12 personnes composé d'IDE, d'Aide Soignantes, d'ambulanciers et de préleveurs sanguins que nous avons en session de réactualisation des connaissances. Dans cette version, nous avons proposé pour plusieurs questions le choix entre 3 réponses: «oui», «non»,« je ne suis pas sûr». Le choix de la réponse « je ne suis pas sûr» a été supprimé car le grand nombre de ces réponses se serait révélé inexploitable dans le cadre d'une évaluation. Visiblement après échange avec les participants, lors du tour de table, ils ont reconnu avoir

choisi cette réponse pour ne pas répondre par la négative. Ce test a donc permis d'apporter quelques modifications de forme afin de faciliter l'exploitation ultérieure.

Ce questionnaire comporte 2 parties²⁰

La première partie, 12 questions situant les personnels dans leur cadre professionnel, leur ancienneté et explorant leur ressenti sur l'utilité de la formation GSU, la perception de la mémorisation de celle-ci, leur(s) expérience(s) vécues et marquantes en terme d'urgence vitale et enfin leur avis sur le contenu et la durée de l'intervalle entre la formation initiale et le recyclage.

La seconde est composée de 16 questions fermées évaluant les connaissances mémorisées en rapport avec les procédures et gestes enseignés dans le cadre de l'AFGSU.

2.2.Choix de la population, diffusion et recueil du questionnaire

Le choix du public visé par cette étude s'est porté sur les anciens étudiants de l'IFSI de La Rochelle qui ont été formés aux gestes d'urgence en totalité par le CESU 17.

Ceci pour 2 raisons, la première était que nous voulions sonder un public homogène en nous limitant à une seule catégorie professionnelle. La seconde était que nous avons la possibilité par l'intermédiaire de l'IFSI de récupérer de nombreuses adresses mail d'anciens étudiants, devenus infirmiers. Cela nous donnait la possibilité de joindre facilement des personnes pour la plupart géographiquement éloignées de La Rochelle.

Cette opportunité a permis de collecter un fichier de 134 adresses mail d'IDE diplômés de 2011 et de 2012 dont 110 se sont avérées encore valides.

Le questionnaire a été créé dans Google drive® grâce à Google formulaire® puis envoyé par mail aux 110 destinataires avec un texte expliquant la finalité du travail dans le cadre d'un mémoire de diplôme universitaire de pédagogie, après leur avoir rappelé notre identité et notre fonction au sein du CESU 17. Nous proposons dans ce texte d'introduction

de répondre au formulaire en ligne ou en cas de difficulté, de nous envoyer les réponses par mail, ce qui a été le cas pour 2 personnes.

Nous avons choisi ce procédé suite à la lecture d'un article du journal hebdomadaire de vulgarisation informatique auquel nous sommes abonnés.²¹

Les réponses ont été recueillies sur mon espace Google drive® ou par mail entre le 17 septembre jour de l'envoi et le 13 octobre, puis transférées dans un tableau Excel®.

3. Résultats

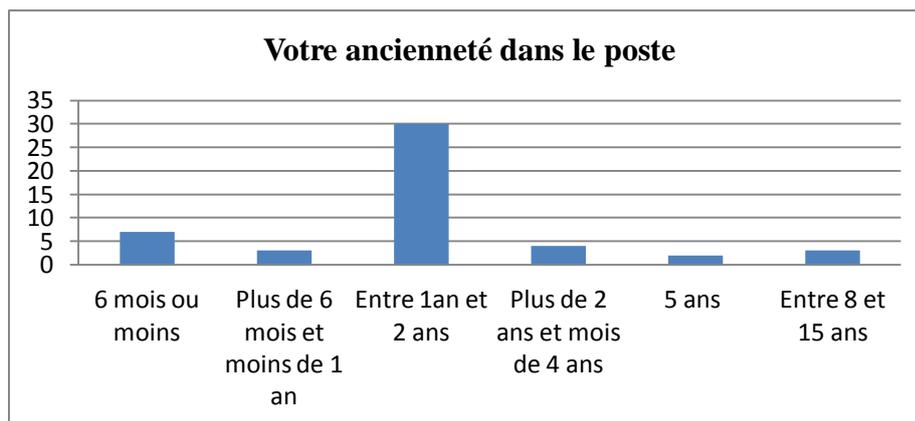
3.1. Population

110 infirmiers ont été contactés par mail. Nous avons reçu 41 réponses dont 2 non valides (questionnaires renvoyés très peu remplis). De plus, lors d'une réactualisation de 2 groupes de soignants du centre hospitalier de la Rochelle en octobre 2013, nous avons pu distribuer et collecter en début de formation 10 questionnaires remplis par des IDE dont la date de diplôme était comprise entre 1991 et 2009 et qui avaient suivi la formation GSU 4 ans auparavant. Ce qui fait un total de 51 réponses au questionnaire sur 120 contacts soit 42%. Mais seuls 49 ont été exploitables soit 41%.

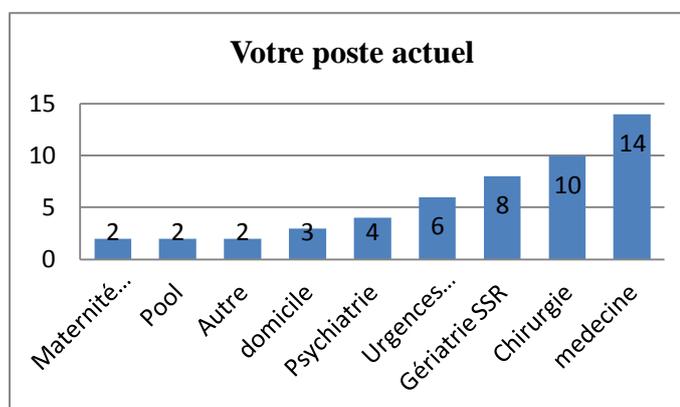
A propos de la formation initiale aux gestes et soins d'urgence, Diplôme d'état et ancienneté dans le poste *(questions 1.1 à 1.4 du questionnaire)*

On relève que 18% ont reçu la formation avant 2010 et 82% en 2010 ou 2011.

- La formation GSU n'étant mise en place que depuis 2006, dans cet échantillon, seules 9 personnes (18%) ont été formées avant 2010, il s'agit de celles qui ont été diplômées en tant qu'infirmier entre 1991 et 2009.
- L'enseignement des GSU est prévu dans le programme des études en Institut de Formation Infirmier en semestre 2. Ces études durent 3 ans mais l'AFGSU n'est délivrée qu'en fin de formation. On peut donc dire que 55% des personnes qui ont obtenu leur AFGSU il y a 14 mois à la date de l'enquête ont reçu en réalité cette formation il y a environ 3,5 ans (Mars, avril 2010). Ils sont récemment diplômés, pour 67% depuis 2012.



Seul 18% d'entre eux sont en poste depuis plus de 2 ans ce qui est logique compte tenu de la date d'obtention du diplôme. 14% sont en poste depuis moins de 6 mois.



27% travaillent dans des unités de psychiatrie, maternité, domicile. 65% en médecine, chirurgie ou gériatrie et enfin 12% dans les services d'urgence ou réanimation.

3.2. Ressenti et expériences vécues.

En ce qui concerne, le ressenti de l'utilité de la formation et les expériences vécues (*questions 1.5 à 1.7 du questionnaire*), on constate que 98% des personnes questionnées pensent que la formation GSU est indispensable (valeur 7 à 10/10)

57% ont été confrontés à une, voir plusieurs situations d'urgence qui ont nécessité la mobilisation des connaissances acquises lors de la formation ainsi que la mise en œuvre des gestes enseignés. Parmi ceux-ci, 6/10 travaillent en chirurgie soit 60%, 8/15 en

médecine soit 53%, 3/5 en SSR et gériatrie soit 60%, 2/4 en psychiatrie soit 50% et enfin 5/6 pour ceux qui sont aux urgences soit 83%.

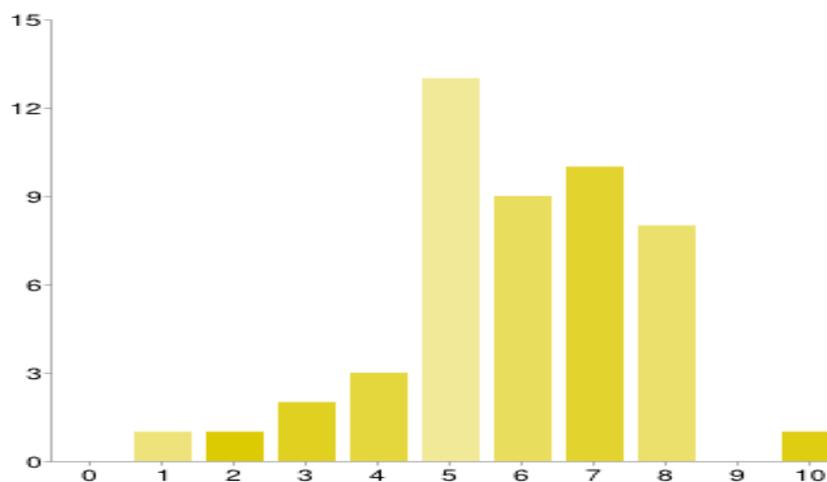
Les situations auxquelles ils ont été confrontés sont²² :

Pour au moins 16 infirmiers sur les 28 ayant répondu positivement à cette question, soit 60%, il s'agit d'un ou plusieurs arrêts cardio-circulatoires. Viennent ensuite les fausses routes (7/28 soit 25%) puis cités par un seul soignant à chaque fois: œdème aigu du poumon, choc septique, hémoptysies, hémorragie massive sur cathéter de dialyse, accident de la voie publique avec traumatisme crânien et perte de connaissance celui-ci étant le seul accident hors contexte professionnel cité.

3.3. Mémorisation de l'enseignement, délai et contenu de la réactualisation.

Les connaissances pratiques acquises lors de la formation GSU se sont-elles selon vous émoussées avec le temps ?

Sur une échelle visuelle de 0 (tout est oublié) à 10 (tout est mémorisé)



Si l'échelle numérique a bien été comprise par les participants, on peut en déduire que pour 41% des personnes, la moitié des connaissances a été oubliée et ces mêmes personnes mettent en évidence la nécessité d'avoir un recyclage de préférence dans un délai plus court que les 4 ans préconisés.

Ils proposent un délai pour la réactualisation de 1 an (24%) ou 2 ans (68%) après la formation initiale. Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir été confronté ou non à une situation d'urgence et cette demande de raccourcir ou non le délai de recyclage.

Pour 6 d'entre eux, le délai de 4 ans est trop court mais un seul a précisé qu'il faudrait porter ce délai à 5 ans alors qu'il donne une valeur à 8/10 concernant l'oubli de l'enseignement et les 5 se sont trompés sur cette réponse puisqu'en fait ils demandent un délai de 1 ou 2 ans à l'item suivant. Au total, une personne seulement souhaite porter ce délai à plus de 4 ans, 2 infirmiers à 3 ans et les 34 autres proposent 1 à 2 ans.

La nature du recyclage devrait porter (*question 1.11*) sur **les urgences vitales**²³ pour 59% des sondés. La personne notée n° 24 a répondu à cette question alors qu'elle a répondu non à la précédente. Elle est donc sortie du total ce qui fait 29 réponses.

Les principaux enseignements demandés sont :

25/29 soit 86% l'ACR

10/29 soit 34% l'obstruction des voies aériennes

5/29 soit 17% les hémorragies,

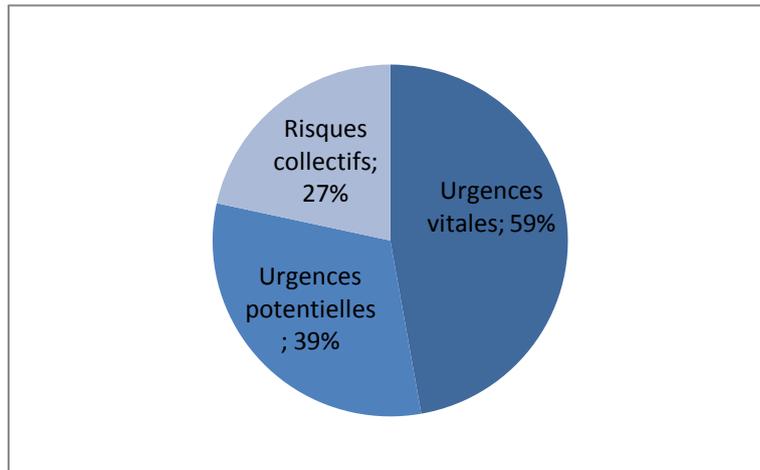
Le total est supérieur à 100% en raison des propositions multiples par réponse.

La nature de la réactualisation devrait porter sur **les urgences potentielles** pour 61% des sondés. Mais quand on croise les données, on s'aperçoit qu'en fait sur les 29 personnes qui demandent un recyclage autour des urgences vitales en fait 13 demandent aussi un contenu sur les urgences potentielles. Il semble qu'il y ait une confusion entre les 2 termes puisque seuls les malaises cités par 2 personnes, les fractures et immobilisations cités par 2 autres ainsi que l'épilepsie font parties des urgences potentielles.

2 IDE travaillant en SSR suggèrent qu'il faudrait adapter le contenu au poste occupé.

La réactualisation sur **les risques collectifs** est demandée par 27% des sondés.

Au total, on note que le recyclage devrait porter pour les infirmiers sondés sur :



Pour terminer la 1ère partie de l'enquête, sur **la question des lacunes**, 9 personnes ont répondu soit 18%.

On relève :

La demande de plus de pratique en général lors de la formation GSU pour 5 infirmiers sur 8 et notamment sur le massage cardiaque, le défibrillateur...

Des notions sur l'organisation d'une prise en charge pour 2 sur 8.

Une demande d'autoévaluation par QCM est évoquée par une personne ainsi que la notion d'un récapitulatif écrit pour celle-ci et un autre infirmier.

De façon unique sans lien avec le lieu d'exercice, certaines précisions sont demandées soit sur le plan blanc, la pédiatrie.

Les notions sur le retrait du casque semblent lointaines pour 2 personnes et ainsi que l'accouchement inopiné pour une autre.

Il n'y a pas de corrélation entre les réponses aux questions ouvertes entre elles. En effet, ceux qui ont été confrontés à des situations ne sont pas forcément ceux qui ont trouvé des lacunes, ni les mêmes que ceux qui demandent un délai de réactualisation des connaissances plus court.

3.4.Autoévaluation, 2^{ème} partie du questionnaire.

Environ 90% des infirmiers pensent pouvoir sans «réviser», appliquer les mesures de protection en cas d'AVP, faire le numéro d'appel d'urgence, réaliser un massage cardiaque avec un rythme correct puis utiliser un défibrillateur.

La partie ventilation est un peu moins mémorisée puisque 80% pensent pouvoir utiliser un insufflateur et 76% insuffler selon le bon ratio massage/insufflation.

La désobstruction des voies aériennes semble faisable pour 88% d'entre eux après avoir fait la distinction entre l'obstruction complète et la partielle à 86%. La prise en charge d'une personne brûlée semble réalisable pour 69% des infirmiers, celle d'une personne ayant une hémorragie pour 90%.

L'utilisation du collier cervical et la pose d'attelle restent en mémoire pour une personne sur deux (57 et 55%)

Enfin l'accompagnement de l'accouchement inopiné n'est cité comme réalisable que par 10% des infirmiers et le retrait du casque du motard par 12%.

La mise en position adaptée d'une personne inconsciente semble acquise pour 78% des personnes. Dans les situations de traumatisme abdominal ou thoracique 5% se disent capables de réagir et 12% lorsqu'il s'agit d'une d'hémorragie.

4. Discussion

La population ayant répondu à l'enquête est en majorité très jeune sur le plan professionnel puisque diplômée depuis moins de 2 ans. Cependant plus de la moitié ont vécu une situation de soins qui leur a permis de transposer les connaissances appropriées pendant la formation GSU.

Ils demandent un délai de réactualisation de la formation plus court que celui prévu par le législateur. Le contenu plébiscité concerne d'abord les urgences vitales puis les urgences potentielles. On note une bonne mémorisation des notions sur les urgences vitales et moindre concernant les urgences potentielles, celles sur l'accompagnement de l'accouchement et le retrait du casque du motard inconscient sont très peu intégrées.

4.1. Choix du sujet et de la méthode

Nous avons choisi de travailler sur l'évaluation de la formation GSU. Cet enseignement dispensé à des soignants, de formation, de culture et de contexte professionnel différents, doit être adapté quasiment à chaque session de formation au public concerné, ce qui en fait sa richesse malgré la relative uniformité de contenu.

Dans ce cadre, la formation des étudiants infirmiers nous intéresse particulièrement car c'est l'occasion pour nous d'échanger avec des jeunes aux esprits vifs et alertes et également de travailler en co-animation avec des formateurs de l'IFSI recherchant ensemble de nouvelles manières d'enseigner et d'apprendre.

Nous avons eu l'opportunité de contacter un échantillon d'apprenants très représentatif pour nous puisque, chaque année, 9 groupes de 14 étudiants occupent environ 25% de notre temps d'enseignant du CESU 17.

Le choix pour l'outil d'enquête s'est porté sur l'utilisation d'un questionnaire en ligne par la possibilité de joindre un nombre assez élevé d'infirmiers formés aux GSU et

par l'accès autorisé à un fichier d'adresses mails d'anciens étudiants de l'IFSI de La Rochelle. Le biais étant que cela limite l'étude à une catégorie professionnelle spécifique qui reçoit d'autres enseignements. Au total, à l'IFSI de La Rochelle, 26% de l'enseignement théorique réalisé en formation initiale infirmière²⁴, cours magistraux, travaux pratiques ou dirigés compris, porte sur des thématiques abordées en GSU (Unités d'enseignement Sciences médicales sur la cardiologie, les détresses respiratoires, les hémorragies, les brûlures...., Unités d'enseignement Sciences Infirmières Soins d'urgence....) Les résultats de cette enquête ne seront donc pas complètement transposables à une autre catégorie professionnelle.

L'utilisation d'un formulaire créé dans Google Drive s'est révélé pratique, puisque le procédé permet de faire la synthèse succincte mais quasi instantanée des réponses sous la forme d'un tableau. Par contre le transfert de ces données dans un tableur Excel® n'a pas permis l'utilisation de l'option «tableau croisé dynamique» que de plus nous ne maîtrisons pas. Il aurait fallu ressaisir manuellement une partie des réponses. Le formulaire a été mis en ligne le 17 septembre 2013 avec une date butoir au 30 septembre. Dans les faits et afin d'obtenir davantage de réponses le formulaire a été clôturé le 13 octobre. Dans l'intervalle un mail de relance a été renvoyé aux personnes qui n'avaient pas répondu.

Le 10 octobre, grâce à l'opportunité de la présence d'infirmiers dans 2 groupes pour une réactualisation GSU à La Rochelle, nous avons pu ajouter les réponses de 10 questionnaires à l'étude.

Le champ de connaissances couvert par les questions a été volontairement limité aux urgences vitales et potentielles, car toutes les réactualisations de GSU 2 proposées à La Rochelle (et dans la plupart des CESU) sont limitées à une journée. Le temps manque pour revoir les risques collectifs et NRBC. De plus, les questions diverses abordées au cours de ces réactualisations n'ont jamais porté sur ce domaine.

4.2. Analyse des Résultats

L'échantillon de 49 personnes est représentatif d'une population assez homogène en terme de catégorie professionnelle. Par contre, il s'agit d'infirmiers diplômés récemment, donc statistiquement moins susceptibles d'avoir été exposés à un nombre conséquent de situations d'urgence. A l'exception de ceux qui travaillent en réanimation ou dans un service d'urgence où la probabilité d'être confronté à de telles situations est plus significative.

Les réponses au questionnaire montrent que la nature du service est effectivement importante. Ceux qui travaillent en maternité, pédiatrie, domicile...n'ont pas vécu d'expérience de ce type contrairement aux professionnels exerçant dans des services d'urgence.

Le type de situations rencontrées par les infirmiers interrogés correspond tout à fait aux priorités de l'enseignement qui consacre une place importante, 9h sur 21, aux urgences vitales dont l'ACR cité par 60% des IDE et la prise en charge de l'obstruction des voies aériennes citée par 25%.

Les questions qui se sont imposées à nous pour le choix de ce sujet ont été:

- Que reste-t-il de la formation GSU à distance dans le temps ?
- Quels sont réellement les besoins des professionnels?

Seule une des personnes consultées pense avoir gardé en mémoire l'ensemble des apprentissages. Malgré les méthodes de pédagogie actives utilisée, la moitié des savoirs, voire moins, est oubliée pour une majorité des infirmiers interrogés. Conscient de cela, ces derniers demandent logiquement un délai plus court, 2 ans au lieu de 4 pour la formation de réactualisation des connaissances. Cela correspond aux remarques exprimées par les divers groupes que nous avons déjà vu en formation de réactualisation.

De même, une étude auprès d'étudiants en médecine de 2^{ème} année de la faculté de médecine Paris-sud a été réalisée par le département d'anesthésie réanimation du CHU du Kremlin Bicêtre²⁵. Dans cette faculté, la FGSU pour les étudiants en médecine est

organisée avec une journée initiale en 2ème année puis une demi-journée de rappel en 4ème année. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la formation AFGSU2 chez ces étudiants et le niveau de rétention à 2 ans. Un même questionnaire comportant 12 questions à choix simple ou multiples a été rempli avant la formation, juste après la formation en 2ème année et enfin en 4ème année soit 2 ans après la formation initiale.

Cette étude montre que deux ans après la FGSU le niveau de rétention des connaissances reste modéré. En effet, la note moyenne sur 12 obtenue sur la prise en charge de l'ACR, l'obstruction des voies aériennes et les troubles de la conscience était de 4 avant formation, de 9 juste après et enfin de 7 deux ans plus tard. L'étude conclue sur l'intérêt d'un rappel et préconise une recherche sur l'amélioration du niveau de rétention, ce qui corrobore les besoins exprimés par les professionnels en matière de réactualisation.

Les résultats de notre enquête montrent que les besoins en réactualisation portent essentiellement sur les urgences vitales ce qui correspond au contenu pédagogique déjà dispensé par le CESU 17 en regard des demandes formulées par les participants en début de séance.

De façon judicieuse, deux participants suggèrent qu'il faudrait adapter le contenu au poste occupé, même si cela semble plutôt complexe à mettre en place. De fait, nous l'avons déjà réalisé avec succès auprès d'un groupe de professionnels de l'Etablissement Français du Sang de La Rochelle.

Dans la publication professionnelle de l'EFS centre- atlantique de juin 2013²⁶, relative à une session organisée par nos soins, on peut lire :

«Le document cadre national (de l'EFS) "Surveillance et conduite à tenir en cas d'apparition d'un événement indésirable donneur survenant pendant et au décours du prélèvement" prévoit que l'ensemble des sites de prélèvement de l'EFS réalise des exercices pratiques de gestion d'un incident grave donneur....(Le CESU 17)a proposé d'intégrer ces exercices pratiques dans le cadre du recyclage AFGSU ...En effet, selon la législation, l'ensemble des équipes de prélèvement doit bénéficier d'une formation AFGSU, puis d'un recyclage tous les 4 ans. (Il y a eu) trois séances ...Tout

d'abord une séance théorique pour l'ensemble des médecins et IDE du site Puis deux séances pratiques sur le site, permettant de former l'ensemble du personnel de prélèvement (18 personnes). ... Ont pu être abordées des conduites à tenir du quotidien telles que le malaise vagal simple, la fausse route en restauration, mais aussi et surtout la gestion des incidents graves avec arrêt cardio-respiratoire. Ces exercices "incidents graves" ont été réalisés par groupe selon la configuration du site : 1 agent d'accueil, 1 médecin, 2 IDE et un agent de restauration afin que chacun puisse bien appréhender son rôle exact dans la chaîne de survie : appel du 15, réanimation cardio-respiratoire avec défibrillateur, gestion de l'évacuation des donneurs présents...»

Cette façon de procéder a permis de mettre en évidence très rapidement les contenus cibles et facilite indéniablement l'ancrage des savoirs et savoirs faire.

De même, une étude²⁷ réalisée par le CESU 85 auprès de chirurgiens dentistes conclue sur la nécessaire adaptation de la FGSU 2 qui doit être centrée sur le contexte professionnel des participants. Un questionnaire a été adressé à cette population. Les réponses ont mis en évidence l'intérêt des praticiens pour l'identification des situations d'urgence et des signes de gravité permettant d'effectuer une alerte adaptée au SAMU , ainsi que pour la réalisation des premiers gestes de façon adéquate. L'étude conclue sur l'approfondissement de l'étude des malaises en lien avec la pratique professionnelle de ces praticiens passant par des mises en situations pratiques réalisées avec les assistantes dentaires, au plus près du cadre de leur exercice, selon les recommandations de l'ANCESU et l'Union Française de Soins Buccodentaires (UFSBD) afin de répondre à l'obligation de «porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat»

Dans notre enquête, les risques collectifs sont peu demandés ce qui est cohérent avec les impressions que nous avons pu recueillir lors des formations. En effet, cette partie porte sur des notions éloignées du quotidien et semble trop hypothétique. Les infirmiers se sentent peu concernés, en dehors d'une actualité marquante comme ça a été le cas en 2009

avec l'épidémie de grippe A (H1N1), ou plus récemment en 2011, avec l'accident nucléaire de Fukushima où nous avons pu constater un intérêt accru pour ces thèmes.

La demande de réaliser plus de pratique, pourtant omniprésente dans la pédagogie utilisée, ressort sur la 1^{ère} partie de cette enquête. Nous avons pu constater que cela se traduit parfois par des demandes de mise en stage dans un service d'urgence par certains apprenants à l'issue de la FGSU 2. Peut être dans un souci de plus de contextualisation puisque l'absence de salle de pratique réaliste (pas de lit d'hospitalisation notamment) rend l'immersion difficile lors des mises en situation.

Certains infirmiers sont demandeurs de document de synthèse en fin de formation. Une plaquette triptyque format A4 recto verso²⁸, qui fait la synthèse des urgences vitales leur est pourtant remise. Il est possible qu'avec le temps ce support soit perdu ou qu'il ne leur semble pas suffisamment étoffé. Son utilité reste à discuter, car de nombreux supports sont disponibles dans le milieu professionnel et les jeunes professionnels ici majoritaires peuvent se référer aux nombreux supports de cours qui leur ont été fournis pendant leurs études sous forme de fichiers informatiques. En effet à l'issue notamment de la FGSU ils ont accès aux documents de synthèse utilisés par les formateurs.

Pour la 2^{ème} partie du questionnaire concernant l'autoévaluation, les résultats sont très tranchés.

Nous nous étonnons de la divergence des réponses entre la partie 1 et 2 de l'enquête. En effet les contenus enseignés dans le module urgences vitales sont cités comme étant réalisables sans avoir révisé, alors que, sur cette même partie, les remarques sur les éventuelles lacunes de la formation initiale mettent l'accent sur un manque de pratique et les réponses plébiscitent encore une fois les urgences vitales dans le contenu du recyclage. Est-ce à dire que l'intégration cognitive est ressentie comme plus accomplie que l'intégration sensitivo- motrice? La mise en position adaptée d'une personne inconsciente semble acquise pour 78% des personnes questionnées, en effet cette notion fait l'objet d'une part importante dans cet enseignement.

L'utilisation du collier cervical et la pose d'attelle restent en mémoire pour une personne sur deux. Il est probable que pour l'échantillon de population choisi ces deux thèmes ne font pas partie du quotidien. Comme le contenu de la FGSU est dense, un tri inconscient est fait pour permettre la mémorisation. De plus l'absence de contextualisation professionnelle favorise peut être la perte de mémoire corporelle de ces techniques.

Enfin l'accompagnement de l'accouchement inopiné, le retrait du casque du motard, les situations de traumatisme abdominal ou thoracique ne sont cités comme réalisables que par 1 infirmier sur 10 au maximum. Ces chiffres peuvent s'expliquer de la même façon que précédemment. De plus, le stress et les émotions liés à ce type de situation constituent des freins à l'intégration des apprentissages. C'est ici qu'intervient la répétition des gestes qui permet de mettre en place l'intégration cognitive et sensorimotrice des automatismes gestuels et comportementaux afin que le raisonnement ne soit que le déclencheur du geste.

Par ailleurs, les représentations mentales à la fois liées à d'anciennes recommandations qui ont changé de par l'évolution médicale ou liées à l'expérience ou encore d'origine socioculturelle sont également profondément ancrées.

Il s'agit ici pour le formateur GSU de tenter de déconstruire les anciennes représentations afin de pouvoir travailler sur de nouvelles.

Souvent, dans nos groupes, des personnes se plaignent que ce que l'on apprend dans ces formations est très différent de ce que les uns ou les autres ont appris par le passé. Il s'agit alors de travailler sur des représentations quelquefois anciennes, mais devenues obsolètes voire dangereuses. Un des leviers possibles reste de proposer à ces personnes d'exposer leurs savoirs faire en se mettant en position de sauveteur afin de réajuster ensuite grâce à des connaissances nouvelles.

La prise en charge notamment de l'arrêt cardiaque a considérablement évolué ces dernières années de par notamment l'avènement du défibrillateur automatisé externe qui, installé de façon massive dans les lieux publics est censé faire rattraper le retard de notre pays sur l'Amérique du nord et la Scandinavie.

Il y a, de la part de l'apprenant un travail d'appropriation des nouvelles connaissances qui se met en place et de la part du formateur un travail spécifique pour la favoriser.

4.3.Perspectives

Nous pouvons constater à l'issue de ce travail qu'il existe un effritement important des savoirs avec le temps.

Afin de répondre à l'objectif cité dans l'introduction qui serait d'améliorer le taux de survie des patients après un arrêt cardio-respiratoire notamment mais aussi dans d'autres cas d'urgences vitales, il faudrait que tous les participants après une séquence de 3 jours de FGSU soient capables, à distance, de mobiliser les savoirs tant théoriques que gestuels acquis durant cette formation, et ce, au moment opportun, notamment dans le cadre d'une situation d'urgence , génératrice de stress, afin de mettre en œuvre des procédures appropriées.

Il s'agit alors de faire appel à la mémoire à long terme des apprenants. Essentiellement à la mémoire non déclarative ou implicite qui permet le savoir agir, c'est à dire ici qui va déclencher la mise en place de la procédure et le savoir faire adéquats **lors de répétitions de gestes en ateliers et de mises en situation** (recontextualisation) par exemple. Le but étant dans l'idéal pour les soignants apprenant les gestes d'urgence de conserver les notions acquises dans leur mémoire à long terme, comme la connaissance des signes cliniques qui eux relèvent de la mémoire déclarative, et de pouvoir les réutiliser en situation réelle avec un rappel conscient qui permet l'analyse des variables (la signification des signes cliniques, le contexte, le matériel à disposition, les personnes disponibles.....) , la prise de décision puis autant que possible le déclenchement rapide et automatisé d'une succession de gestes assurant ainsi un degré élevé d'efficacité lors d'une prise en charge.

Pour favoriser la mémorisation, plusieurs paramètres sont à prendre en compte, la condition première étant **l'attention** ce qui est facilité par l'effectif limité des groupes GSU fixé à 12 participants par groupe pour un formateur et à 14 pour 2 formateurs. La **motivation et la volonté de mémoriser** de l'apprenant sont aussi des facteurs déterminants. C'est en principe le cas pour les groupes de soignants qui s'inscrivent à ce type de formation très majoritairement de leur propre initiative avec comme objectif de mettre à jour leurs connaissances afin de les mettre ensuite en pratique.

La **sollicitation multi sensorielle** par le biais de diffusion de films, d'images, de schémas projetés ou dessinés au tableau, de documents sonores (message d'alerte au SAMU enregistré, sirènes en situation d'exception...) de manipulations de matériels divers ainsi que la prise en compte du **corps (mémoire kinesthésique)**, effective lors des ateliers et des mises en situation ,facilitent **la mémorisation**

Certains paramètres sont à prendre en compte lors de la FGSU des étudiants en IFSI. En effet, leurs préoccupations peuvent être éloignées du sujet traité (évaluation d'une UE qui approche par exemple ...) et donc la motivation, pour certains peut être plus aléatoire. Le CESU et l'IFSI de La Rochelle organisent cet enseignement pendant un stage ce qui évite cet écueil. De plus, le législateur a placé cet enseignement dans le cadre de l'UE 2.3 en semestre 2 ,en pratique les étudiants n'ont fait qu'un seul stage avant la formation , ce manque d'expérience en matière de situation d'urgence rend difficile la visualisation des situations proposées par le formateur et le peu de connaissance en sciences médicales ne facilite pas la perception de l'objectif «à quoi servent les gestes qu'il va apprendre». Il serait, selon nous ,souhaitable que le législateur donne la possibilité de **réaliser la FGSU 1 en semestre 2 puis de décaler le complément en semestre 4** , lors de l'unité d'Enseignement 4.3 soins d'urgence pour aboutir au GSU 2 tout en conservant le rappel proposé en semestre 6 par le ministère de la santé²⁹ .Les apprenants auraient ainsi déjà réalisé 4 stages.

Les jeux de rôle que l'on met en place dans cette formation vont favoriser la mémorisation en donnant aux étudiants le désir d'apprendre, par leur côté ludique,mais aussi en les confrontant à leur stress (toujours présent dans une situation d'urgence) et au jugement de leurs pairs. Ainsi, ces simulations de situations réelles mobilisent en même

temps toutes les mémoires de l'apprenant soit les mémoires sensorielle, non déclarative et affective lui permettant de construire des représentations mentales, de renforcer son assurance en situation d'urgence.

La programmation des répétitions et rappels au cours des 3 jours permet l'ancrage de notions primordiales même si les travaux réalisés en pédagogie préconisent idéalement un rappel au bout d'une semaine puis au bout d'un mois ce qui n'est pas réalisable en formation continue mais peut être fait en formation initiale en collaboration avec les instituts de formation.

La proposition, en fin de journée que chacun relise ses notes en soirée pourrait être renforcée par la **recommandation d'utiliser des exercices mentaux imaginant l'exécution des gestes**. En effet des travaux scientifiques démontrent les conséquences de l'imagerie mentale sur les mouvements, la répétition mentale. C'est une technique utilisée par certains sportifs, développée par des pédagogues et explorée par des travaux en psychologie et neurosciences³⁰ qui permet d'améliorer la rapidité et la fiabilité d'une activité.

La déclinaison pour l'AFGSU de l'imagerie se traduit déjà pour l'apprenant par différentes phases, en premier lieu, il sait ce qu'il va apprendre et à quoi sert le geste qu'il va apprendre. Ensuite il doit observer attentivement le formateur avec l'intention de refaire ce geste puis le reproduire sous contrôle du formateur. La notion des neurones miroirs étaye l'utilité de ces démonstrations que le formateur effectue devant son groupe d'apprenants.

Nous pourrions proposer à l'apprenant, pour compléter le processus de réviser mentalement l'enchaînement des gestes qu'il maîtrise et de mimer ou refaire les gestes qu'il ne maîtrise pas jusqu'à les refaire automatiquement.

Cela suppose de la part du formateur de pouvoir terminer chaque séquence de GSU par une séance de mentalisation et de mime.

La simulation en santé est également une méthode de formation efficace permettant de remplacer le réel par l'équivalent de façon immersive et interactive qui nous semble adaptée à la FGSU et notamment la réactualisation.

La simulation est issue du socioconstructivisme qui considère que l'apprentissage n'est pas seulement une transmission de connaissances mais doit prendre en compte les processus mentaux de traitement de l'information afin de résoudre un problème. Cette méthode pédagogique propose une reproduction de la réalité (environnement authentique, situation de soins reconstituée.) Son objectif éthique prioritaire est: «jamais la première fois sur le patient».Elle se base sur une pratique réflexive. Elle comporte trois phases indissociables: le *briefing*, la *mise en situation* et le *débriefing*. Les formateurs fournissent la rétro action au cours du débriefing.

Il existe différentes techniques de simulation dont certaines sont déjà utilisées en cours de FGSU :

Dans notre partie consacrée aux malaises, le jeu de rôles utilise un acteur patient selon un scénario préétabli. Cette technique offre au stagiaire la possibilité de mener son interrogatoire, son examen clinique et de travailler sur la communication du message d'alerte au SAMU.

La simulation procédurale permet la réalisation de gestes techniques tels que le massage cardiaque ou la ventilation avec un insufflateur, apprentissages utilisant des «mannequins basse fidélité » qui permettent d'automatiser les gestes, de les inclure dans un algorithme décisionnel. Nous utilisons la simulation hybride, combinaison entre un patient simulé et partie de mannequin, dans l'accouchement inopiné avec une apprenante actrice-parturiente et un bassin d'accouchement.

La simulation haute fidélité (SHF) utilisant un “patient-mannequin” de sophistication variable offre des possibilités comme la parole, les pupilles réactives, la respiration, la mesure de pression artérielle, les pouls, l'auscultation...Ces paramètres sont programmables selon le scénario choisi et évolutifs en fonction de la prise en charge. La SHF favorise de nombreux gestes techniques en situation.Malgré quelques limites d'utilisation, notamment le manque de crédibilité au niveau neurologique et cutané, le réalisme apporté par cette technique pédagogique permet le transfert de compétences autant pour le raisonnement clinique que les gestes techniques. La SHF permet de vérifier l'intégration des apprentissages, notamment des algorithmes utilisés en pratique d'urgence,

comme la prise en charge de l'arrêt cardiaque par exemple, mais aussi d'apprendre et comprendre le travail en équipe basé sur la collaboration interprofessionnelle en décrivant clairement le rôle et les responsabilités de chacun.

Le CESU 17 doit faire l'acquisition cette année d'un mannequin haute fidélité, il s'agira ensuite de trouver des locaux adaptés et du matériel vidéo afin d'optimiser la pratique réflexive.

Une séance de simulation en haute fidélité se déroule ainsi:

Le *briefing* explique le déroulement d'une session et la notion de respect de chacun, la confidentialité, l'absence de jugement. La *mise en situation* est réalisée dans un cadre reconstruit avec une suite d'évènements réalistes, selon le scénario choisi. Le *débriefing* explore le ressenti, la technique et le comportement. Une synthèse de la situation source proposée par le formateur est réalisée par les apprenants sur les performances par autoévaluation et sur les problèmes posés (contextualisation). Les liens ainsi créés permettent le transfert des connaissances sur d'autres situations cibles (decontextualisation) et l'identification des pistes d'amélioration (recontextualisation)

Cet outil peut s'articuler avec les autres techniques pédagogiques déjà utilisées comme les cours magistraux ou les jeux de rôle et d'autres méthodes innovantes.

Parmi ces dernières, on peut citer les «serious game», autre technique pédagogique de simulation en santé, virtuelle, sans mannequin, semblant prometteuse à l'ère des jeux vidéo.

Un jeu sérieux (de l'anglais *serious game*) est un logiciel qui combine une intention pédagogique «sérieuse» avec des ressorts ludiques. Il plonge l'apprenant-joueur dans un environnement virtuel calqué sur la réalité à des fins d'apprentissage. La plupart des «serious game» sont conçus pour la santé afin de former les professionnels de santé.

Historiquement, le jeu qui a coûté le plus cher (14 millions de dollars) nommé «Pulse»³¹ est dédié à la formation des internes en médecine et des urgentistes. Il est produit par la société BreakAway Games financé par l'armée américaine (Navy) en collaboration avec la Texas A&M University-Corpus Christi. Le niveau de détail

scientifique, la qualité graphique et des scénarii, le classent ainsi parmi les meilleurs Serious Games au monde.

Ce type de jeu plonge médecins et infirmiers dans des situations d'urgences très réalistes et permet de stimuler l'attention, la mémoire et les capacités de réflexion. Aux Etats-Unis, les universités les utilisent déjà pour valider la formation des étudiants en médecine et réactualiser leurs compétences.

Quelques titres à destination d'infirmiers apparaissent sur le marché français, ainsi en est il des serious games «Florence»³² créés en collaboration avec un comité scientifique composé d'experts médicaux et de professionnels de santé garantissant le respect des usages et protocoles de soins en vigueur dans le monde de la santé. Les concepteurs de mannequin de simulation et les éditeurs de ces jeux recherchent régulièrement des professionnels prêts à travailler sur la conception de nouveaux scénarii qui grâce à l'enrichissement des jeux vidéos en terme de réalisme et de contextualisation ont permis à de nouveaux outils pédagogiques de voir le jour. Nous trouverions passionnant de participer à la création de tels logiciels.

L'atout principal du serious game est ,comme dans la simulation haute fidélité, de mettre l'utilisateur au cœur du processus d'apprentissage ou d'entraînement, car ses actions influencent directement la suite des évènements .Il s'agit, pour les étudiants ,de compléter leur formation initiale ou pour les professionnels ,de renforcer leurs compétences par le biais du développement professionnel continu (DPC) en se formant au bon usage des thérapeutiques, à la prise en charge d'une urgence vitale et ainsi d'avoir droit à l'erreur en réservant ses décisions et ses actions à un patient virtuel.

Le DPC est obligatoire depuis le 1er janvier 2012 suite à la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (article 59). Son dispositif réglementaire ne s'applique que depuis janvier 2013.Le DPC a pour objectif l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances de chaque soignant. Dans les faits cette mise en place reste progressive, l'AFGSU peut être intégrée au DPC.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a inscrit la simulation (et donc le jeu sérieux) comme une des modalités de DPC et propose des fiches techniques³³ support pour les formateurs, les techniques évoquées dans ce travail font partie de ces outils.

Conclusion

Nous pouvons affirmer à l'issue de ce travail que plusieurs axes d'amélioration sont possibles pour la FGSU, tant pour la formation initiale que pour la séance de réactualisation. Dans l'idéal, elle devrait être programmée dans un délai réduit à 2 ou 3 ans en privilégiant le rappel sur la prise en charge des urgences vitales et selon la demande sur certaines urgences potentielles. Elle pourrait être organisée soit sur le lieu d'exercice des participants, soit par catégorie professionnelle.

La formation initiale correspond aux attentes des participants mais la rétention des notions et gestes appris lors de ces formations est largement perfectible. De nombreux outils ou techniques pédagogiques sont à notre disposition pour améliorer la mémorisation.

Il s'agit de mettre l'accent sur certains outils déjà utilisés comme la sollicitation multi sensorielle, les jeux de rôle. L'intensité émotionnelle générée par les situations d'urgence pouvant possiblement être «travaillée» par des mises en situation pratiques aussi proches que possible de la réalité afin que l'apprenant puisse mobiliser les connaissances et la gestuelle mémorisées tout en gérant son stress.

D'autres outils, comme l'utilisation de l'imagerie mentale nous semble une alternative intéressante car elle permet un travail de mémorisation en profondeur, qu'il nous faudrait mettre en place sous condition d'être formé à cette technique ou tout au moins de compléter nos recherches afin de nous approprier ce concept.

Le pouvoir d'immersion de la méthode de simulation haute fidélité peut être une des pistes à retenir. Elle semble possiblement faisable au niveau du CESU 17 puisque l'achat d'un «patient mannequin» est d'ors et déjà programmé. L'obstacle principal de l'application de ce procédé dans les FGSU est probablement son aspect chronophage ainsi que son coût financier supposant, en plus du mannequin, la création de locaux équipés et la consommation de matériel médical.

Par ailleurs afin d'optimiser l'utilisation des techniques pédagogiques citées dans ce travail, nous estimons que ces formations doivent être réalisées en groupes restreints comme le prévoit le texte, co-animés par 2 formateurs au delà de 12 participants. Ainsi, pour les ateliers le groupe peut être scindé en 2, ce qui permet un meilleur apprentissage des gestes et enrichit les réponses aux questions par la diversité des expériences professionnelles des 2 formateurs.

Enfin les «serious game» bien que coûteux pourraient être une piste d'avenir, notamment pour les réactualisations .Cet outil demande à être exploré plus finement avec un nécessaire recul sur les expérimentations. De plus il n'existe pas actuellement sur le marché, à notre connaissance, de jeux conçus spécifiquement pour la FGSU.

ANNEXES

10 mars 2006

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 24 sur 200

Annexe 1

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

NOR : SANP0620923A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, et notamment sa quatrième partie et l'article L. 6311-1 ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU,

Arrête :

Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

Généralités

Art. 1^{er}. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence comprend :

- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 destinée à tout personnel, administratif ou non, voué à travailler (ou exerçant) au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale ;
- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 destinée aux professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique ;
- l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) destinée aux professionnels de santé, reconnus aptes médicalement inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique, volontaires ou sollicités par les établissements de santé.

Art. 2. – Cette attestation a pour objet l'acquisition par les professionnels destinés à travailler au sein des établissements de santé ou de structures médico-sociales et par les professions de santé des connaissances nécessaires à :

- la prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ;
- l'application des mesures et l'utilisation des moyens de protection individuels et collectifs face à un risque à conséquences sanitaires.

Art. 3. – Cette attestation est délivrée, à l'issue d'une formation dispensée par les structures de formation des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin directeur scientifique et pédagogique d'un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) en lien avec le centre d'enseignement des soins d'urgence du SAMU zonal pour la formation spécialisée aux risques NRBC.

Art. 4. – La délivrance des trois catégories d'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence est assurée après validation sommative de chacun des modules. Cette validation est basée sur l'évaluation pratique de l'acquisition des gestes et des comportements du stagiaire.

Art. 5. – La validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 et 2 est de quatre ans. Le renouvellement de l'attestation est effectué après des séances de réactualisation des connaissances organisées par une des structures de formation autorisées des professionnels de santé.

La validité de l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC est de deux ans. Le renouvellement de l'attestation est effectué sauf contre-indications médicales, après des séances de réactualisation des connaissances organisées par les structures de formation autorisées des professionnels de santé.

Passé ces délais, la formation initiale doit être refaite intégralement.

*Attestation de formation aux gestes
et soins d'urgence de niveau 1
(12 heures)*

Art. 6. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.

Aucune condition n'est demandée pour l'accès à la formation.

La formation est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

Art. 7. – La formation conduisant, après validation, à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 comporte trois modules :

1° Un module, d'une durée de six heures maximum, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales en lien avec les recommandations médicales françaises de bonne pratique permettant :

- d'identifier un danger immédiat dans l'environnement et de mettre en œuvre une protection adaptée, au quotidien ;
- d'alerter le SAMU (15) ou le numéro interne à l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, de transmettre les observations et de suivre les conseils donnés ;
- d'identifier l'inconscience et d'assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée ;
- d'identifier un arrêt cardiaque et de réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base avec matériel (défibrillateurs semi-automatiques (DSA), défibrillateurs automatiques (DA) ;
- d'identifier une obstruction aiguë des voies aériennes et de réaliser les gestes adéquats ;
- d'arrêter une hémorragie externe ;

2° Un module d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences potentielles permettant :

- d'identifier les signes de gravité d'un malaise, d'un traumatisme osseux ou cutané et d'effectuer les gestes adéquats ;
- de participer au relevage et au brancardage ;
- d'identifier les signes de gravité d'une brûlure et d'agir en conséquence ;
- d'appliquer les règles élémentaires d'hygiène ;
- en l'absence de médecin proche, de demander conseil au SAMU (15) ou d'appeler le numéro interne dédié, de transmettre les observations en respectant les règles déontologiques et professionnelles et de suivre les conseils donnés ;

3° Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement relatif aux risques collectifs permettant :

- d'identifier un danger dans l'environnement et d'appliquer les consignes de protection adaptée (y compris en cas d'alerte des populations ou de situations d'exception au sein de l'établissement) ;
- d'identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc ;
- d'être sensibilisé aux risques NRBC.

*Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2
(12 heures de l'attestation de niveau 1 + 9 heures)*

Art. 8. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.

Pour s'inscrire à cette formation, le candidat doit :

- soit être admis à suivre une formation à une des professions de santé inscrites dans la quatrième partie du code de la santé publique ou à une formation des professions pour lesquelles la réglementation prévoit l'obligation de disposer en fin de cursus de l'attestation de niveau 2 ;
 - soit disposer d'un titre ou diplôme l'autorisant à exercer l'une de ces professions,
- et disposer de l'attestation en cours de validité de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1.

La formation est organisée par groupes de 10 à 12 personnes.

Art. 9. – La formation conduisant, après validation, à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 comporte trois modules :

1° Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales permettant :

*Attestation de formation aux gestes
et soins d'urgence de niveau 1
(12 heures)*

Art. 6. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.

Aucune condition n'est demandée pour l'accès à la formation.

La formation est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

Art. 7. – La formation conduisant, après validation, à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 comporte trois modules :

1° Un module, d'une durée de six heures maximum, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales en lien avec les recommandations médicales françaises de bonne pratique permettant :

- d'identifier un danger immédiat dans l'environnement et de mettre en œuvre une protection adaptée, au quotidien ;
- d'alerter le SAMU (15) ou le numéro interne à l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, de transmettre les observations et de suivre les conseils donnés ;
- d'identifier l'inconscience et d'assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée ;
- d'identifier un arrêt cardiaque et de réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base avec matériel (défibrillateurs semi-automatiques (DSA), défibrillateurs automatiques (DA)) ;
- d'identifier une obstruction aiguë des voies aériennes et de réaliser les gestes adéquats ;
- d'arrêter une hémorragie externe ;

2° Un module d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences potentielles permettant :

- d'identifier les signes de gravité d'un malaise, d'un traumatisme osseux ou cutané et d'effectuer les gestes adéquats ;
- de participer au relevage et au brancardage ;
- d'identifier les signes de gravité d'une brûlure et d'agir en conséquence ;
- d'appliquer les règles élémentaires d'hygiène ;
- en l'absence de médecin proche, de demander conseil au SAMU (15) ou d'appeler le numéro interne dédié, de transmettre les observations en respectant les règles déontologiques et professionnelles et de suivre les conseils donnés ;

3° Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement relatif aux risques collectifs permettant :

- d'identifier un danger dans l'environnement et d'appliquer les consignes de protection adaptée (y compris en cas d'alerte des populations ou de situations d'exception au sein de l'établissement) ;
- d'identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc ;
- d'être sensibilisé aux risques NRBC.

*Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2
(12 heures de l'attestation de niveau 1 + 9 heures)*

Art. 8. – L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.

Pour s'inscrire à cette formation, le candidat doit :

- soit être admis à suivre une formation à une des professions de santé inscrites dans la quatrième partie du code de la santé publique ou à une formation des professions pour lesquelles la réglementation prévoit l'obligation de disposer en fin de cursus de l'attestation de niveau 2 ;
 - soit disposer d'un titre ou diplôme l'autorisant à exercer l'une de ces professions,
- et disposer de l'attestation en cours de validité de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1.

La formation est organisée par groupes de 10 à 12 personnes.

Art. 9. – La formation conduisant, après validation, à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 comporte trois modules :

1° Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales permettant :

Annexe 2**Décrets, arrêtés, circulaires****TEXTES GÉNÉRAUX****MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS****Arrêté du 21 avril 2007 modifiant les arrêtés relatifs aux conditions de délivrance du diplôme d'Etat de certaines professions de santé**

NOR : SANP0752490A

Le ministre de la santé et des solidarités,
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'arrêté du 7 avril 1998 modifié relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien ;
Vu l'arrêté du 1^{er} août 1990 modifié relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale ;
Vu l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute ;
Vu l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles ;
Vu l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme de pédicure-podologue ;
Vu l'arrêté du 21 août 1996 modifié relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales ;
Vu l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;
Vu l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ;
Vu l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste ;
Vu l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant ;
Vu l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture ;
Vu l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 5 septembre 1989 susvisé est ainsi modifié :

I. – A l'article 20, il est ajouté un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« – être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

II. – L'article 25 est complété par un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Ils doivent également être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

Art. 2. – L'arrêté du 1^{er} août 1990 susvisé est ainsi modifié :I. – Au troisième alinéa de l'article 45 de l'arrêté du 1^{er} août 1990 modifié susvisé, après les mots : « les candidats doivent » sont insérés les mots : « être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité, ».

II. – A la première phrase de l'article 60, après les mots « sous réserve » sont ajoutés les mots « d'être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité et ».

III. – Au deuxième alinéa de l'article 61 après les mots : « aux dispositions de l'article 45 » sont ajoutés les mots : « sous réserve d'être titulaire de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

Art. 3. – L'article 27 de l'arrêté du 24 septembre 1990 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 27. – Sont admis à se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat d'ergothérapeute les étudiants titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité.

Ils doivent également avoir validé l'ensemble des modules des modules et des stages, sauf le cas de dispense de scolarité ou de stage accordée par le ministre chargé de la santé.

La validation des stages est attestée par le carnet de scolarité qui doit être visé par chacun des responsables des structures d'accueil des candidats. ».

Art. 4. – A l'article 26 de l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié susvisé, après les mots : « aux étudiants » sont ajoutés les mots : « titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 et ».

Art. 5. – A l'article 19 de l'arrêté du 2 octobre 1991 susvisé il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Pour tous les candidats, l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

Art. 6. – Après l'article 24 de l'arrêté du 21 août 1996 susvisé, il est inséré un article 24-1 ainsi rédigé :

« Art. 24-1. – Pour être autorisés à se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat, les candidats doivent être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

Art. 7. – A l'article 11 de l'arrêté du 6 septembre 2001 susvisé, après la première phrase est ajoutée la phrase suivante :

« Tous les candidats doivent être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2. ».

Art. 8. – A l'article 23 de l'arrêté du 22 octobre 2001 susvisé il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Ils doivent également être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2. ».

Art. 9. – A l'article 26 de l'arrêté du 17 janvier 2002 susvisé il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Ils doivent également être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2. ».

Art. 10. – A l'article 25 de l'arrêté du 22 octobre 2005 susvisé, après les mots : « étudiants infirmiers » sont ajoutés les mots : « titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité. ».

Art. 11. – A l'article 26 de l'arrêté du 16 janvier 2006 susvisé, après les mots : « aux étudiants sages-femmes » sont ajoutés les mots : « titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité ».

Art. 12. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants entrant en formation à compter de la rentrée scolaire de septembre 2007 et dès sa publication pour les candidats relevant des dispositions des articles 10 et 11.

Art. 13. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République Française.

Fait à Paris, le 21 avril 2007.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

Annexe 3

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 29 mars 2007 relatif à la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires aux personnels enseignants des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU)

NOR : SANH0721293A

Le ministre de la santé et des solidarités,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le décret n° 2007-441 du 25 mars 2007 relatif à la composition, au fonctionnement et aux missions des centres d'enseignement des soins d'urgence ;
Vu l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence,

Arrête :

Section I

Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires

Art. 1^{er}. – La Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires est composée :

- 1° Du directeur général de la santé ou son représentant ;
- 2° Du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ;
- 3° De quatre représentants des centres d'enseignement des soins d'urgence proposés par le conseil d'administration de l'Association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence ;
- 4° De deux représentants de SAMU de France proposés par son conseil d'administration ;
- 5° De deux représentants de la Société française de médecine d'urgence proposés par son conseil d'administration ;
- 6° De deux personnalités qualifiées, dont au moins une qualifiée en sciences de l'éducation.

Ses membres et son président sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans.

Le secrétariat de la commission est assuré par les services du ministère chargé de la santé.

Section II

Les centres d'enseignement des soins d'urgence

Art. 2. – Un centre d'enseignement des soins d'urgence dispose de :

- locaux dédiés, préférentiellement intégrés dans les locaux du SAMU ou à proximité immédiate de ce service, comportant au minimum :
 - une salle de formation de 30 personnes ;
 - deux salles de travaux pratiques (de 10 à 15 personnes) ;
 - matériel pédagogique adapté aux formations dispensées.

Il comporte notamment du matériel de simulation, du matériel informatique et audiovisuel permettant d'accéder aux nouvelles technologies éducatives.

Art. 3. – Les modalités de gestion du centre d'enseignement des soins d'urgence sont individualisées à l'intérieur du pôle ; elles sont définies conformément aux orientations de délégation de gestion de l'établissement.

Le temps d'enseignement dispensé par l'équipe pédagogique est individualisé et budgété en tant que tel. Dans le cadre de ses missions, le centre d'enseignement des soins d'urgence peut établir un partenariat avec toute structure publique ou privée.

Art. 4. – Dans le cadre de la constitution d'un réseau régional d'enseignement des soins d'urgence, les établissements hospitaliers sièges des centres d'enseignement des soins d'urgence établissent entre eux des partenariats formalisés.

Section III

Critères d'habilitation des personnels enseignants

Art. 5. – Les enseignants du centre d'enseignement des soins d'urgence dénommés « enseignants CESU » définis à l'article D. 6311-19 du code de la santé publique sont habilités à organiser et à encadrer des formations initiales et continues relatives à la prise en charge de l'urgence médicale au quotidien et en situation d'exception en fonction de leurs référentiels de compétences professionnelles et de leur niveau de compétences pédagogiques.

Entre autres missions, ils peuvent enseigner le contenu des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence niveaux 1 et 2.

Pour enseigner le module relatif aux risques collectifs de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2, les enseignants doivent avoir suivi la formation de formateur NRBC selon les critères définis par la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires.

Pour être habilité comme enseignant CESU, le candidat doit avoir suivi et validé des unités d'enseignement pédagogique définies par la commission citée à l'article D. 6311-17 du code de la santé publique.

Les compétences visées sont les suivantes :

1° Maîtriser le contenu scientifique actualisé relatif à la prise en charge des urgences en santé et à la gestion des crises sanitaires ;

2° Maîtriser les gestes techniques dans ce domaine en lien avec le référentiel de compétences professionnelles ;

3° Connaître les principes de pédagogie active et en maîtriser les techniques pour les choisir et les mettre en œuvre en fonction des objectifs poursuivis ;

4° Identifier les spécificités des compétences professionnelles en situation d'urgence et adapter son enseignement ;

5° Connaître les principes d'évaluation et en maîtriser les modalités ;

6° Veiller à l'actualisation régulière de ses connaissances scientifiques et pédagogiques.

Art. 6. – Les centres d'enseignement des soins d'urgence peuvent habilitier des formateurs à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveaux 1 et 2 dénommés « formateurs AFGSU », qui ne sont pas obligatoirement des enseignants de centre d'enseignement des soins d'urgence.

Dans le cadre de leur habilitation par le centre d'enseignement des soins d'urgence, les formateurs AFGSU 1 et 2 ne peuvent enseigner que le contenu des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence de niveaux 1 et 2.

Ces formateurs sont des professionnels de santé tels que définis dans la quatrième partie du code de santé publique répondant aux critères suivants :

1° Être enseignant en exercice dans un institut de formation ;

2° Être titulaire de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité ;

3° Justifier d'une expérience professionnelle d'au moins un an dans une structure de médecine d'urgence (SAMU, SMUR et urgences) des établissements de santé autorisés, un service de réanimation ou d'anesthésie-réanimation et ce, depuis moins de dix ans ;

4° Avoir suivi une formation en alternance définie par l'arrêté du 3 mars 2006 susvisé, organisée sur le plan régional, interdépartemental ou suprarégional par les enseignants habilités définis à l'article 5 du présent arrêté.

La formation des formateurs AFGSU est composée de deux modules :

– d'une durée minimale de trois jours pour l'un, sur les thématiques « urgences vitales » et « urgences potentielles » ;

– et de deux jours pour l'autre sur la thématique des risques collectifs.

Toutefois, des dispenses de tout ou partie des modules formation peuvent être autorisées par le centre d'enseignement des soins d'urgence en fonction du cursus initial du candidat ou de son expérience professionnelle.

Les objectifs de cette formation sont :

1° D'actualiser les connaissances selon les référentiels scientifiques pour les situations quotidiennes et d'exception ;

- 2° De maîtriser des techniques de pédagogie active ;
- 3° D'intégrer les spécificités du contexte professionnel dans la pratique des soins d'urgence ;
- 4° D'harmoniser les techniques d'évaluation.

La validation de la formation se fait :

- sur l'acquisition des connaissances des deux modules initiaux précités ;
- et à l'issue de l'accompagnement des premières sessions de formation réalisées par le candidat dans les six mois suivant la formation initiale, sous la responsabilité du centre d'enseignement des soins d'urgence départemental. Celui-ci s'assure que l'animation du formateur est en lien avec les objectifs à atteindre pour l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

Le renouvellement de l'habilitation est subordonné au suivi d'une formation continue assurée par les centres d'enseignement des soins d'urgence pour actualiser les connaissances.

Dans le cadre de l'enseignement de la partie consacrée aux risques collectifs de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2, un formateur n'ayant suivi que le module relatif à l'urgence quotidienne doit faire appel à une personne ressource ayant suivi l'ensemble de la formation de formateurs ou un formateur formé aux risques NRBC dénommés « formateurs NRBC ».

Art. 7. – Les formateurs NRBC sont habilités à enseigner la formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à un risque NRBC.

Pour être formateurs NRBC, les candidats doivent :

- 1° Etre professionnels de santé ;
- 2° Etre en exercice dans une structure de médecine d'urgence (SAMU, SMUR et urgences) des établissements de santé autorisés, de réanimation ou d'anesthésie-réanimation, avoir bénéficié d'une formation initiale spécifique définie par la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires.

Le renouvellement de l'habilitation est subordonné au suivi d'une réactualisation des connaissances tous les deux ans selon les critères définis par la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires.

Les besoins en formations de formateurs sont définis au niveau zonal en lien avec le centre d'enseignement des soins d'urgence de l'établissement de référence.

Le centre d'enseignement des soins d'urgence fait appel à ces formateurs aux compétences spécifiques pour délivrer l'enseignement de l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC.

Art. 8. – Les enseignants habilités à organiser et encadrer des formations de formateurs répondent à des critères définis par la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires en fonction de leurs qualifications pédagogiques et des besoins du réseau régional d'enseignement. La qualification pédagogique consiste en un enseignement certifié par un diplôme de l'enseignement supérieur relatif aux sciences de l'éducation, à la pédagogie, à la formation.

Ils ont une obligation de formation continue dont les modalités sont définies par la commission précitée.

Art. 9. – La liste des personnels permanents ou participant occasionnellement aux formations dans les centres d'enseignement des soins d'urgence est adressée annuellement à la DRASS dans le cadre du réseau régional d'enseignement des soins d'urgence.

Art. 10. – Un modèle de diplôme relatif aux formateurs AFGSU et aux attestations de formation aux gestes et soins d'urgence est annexé au présent arrêté.

Section IV

Mesures dérogatoires

Art. 11. – Les personnels des centres d'enseignement des soins d'urgence qui, à la date de publication du présent arrêté, assurent déjà des formations ont jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour se mettre en conformité aux dispositions des articles 5, 6 et 7 en validant des unités d'enseignement pédagogique définies par la Commission nationale des formations aux soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires, qui met en place une validation des acquis professionnels.

Cependant, les formateurs NRBC déjà habilités au sein des zones de défense à la date de publication du présent arrêté dans le cadre de la politique spécifique de formation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont réputés être titulaires de fait de l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face aux risques NRBC.

Les personnels enseignant déjà les gestes et soins d'urgence dans les centres d'enseignement des soins d'urgence à la date de publication du présent arrêté doivent suivre une actualisation des connaissances pour obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 délivrée par le centre d'enseignement des soins d'urgence départemental.

Art. 12. – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 mars 2007.

PHILIPPE BAS

Annexe 4

ANCESU - proposition de programme AFGSU Niveau 2 - août 2006

Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 intégrant le niveau 1 (Proposition de) planification des séquences d'apprentissage

Objectif général (Arrêté du 3 mars 2006 - Art 8)

« L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale »...

Public(Arrêté du 3 mars 2006 - Art 1)

Art 1 : « L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 est destinée aux professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique ; »...

art 8 : « pour s'inscrire à cette formation le candidat doit disposer d'un titre ou diplôme d'une de ces professions et disposer de l'AFGSU niveau 1 en cours de validité (moins de 4ans)

Objectifs pédagogiques

Tous les objectifs pédagogiques spécifiques, déclinés dans le document de référence, doivent être abordés. Les objectifs transversaux * doivent être traités lors de **chaque** séquence, en lien avec le thème et à demandés lors de chaque prise en charge.

Organisation

Groupes de 10 à 12 apprenants,

Durée = 9 heures en complément des 12h du niveau 1 ou d'un équivalent reconnu par le ministère de la santé

Dans le modèle de planification proposé ici, **on propose la formation de base groupée niveau 1 + 2 soit une durée totale de 21h** réparties en 6 demi-journées de 3h30)

Salles de travaux pratiques dont au moins une de préférence avec un lit (ou lit accessible à proximité...)

Matériel et aides pédagogiques (dont obligatoirement un chariot d'urgence, deux mannequins adultes, un mannequin enfant et un mannequin nourrisson, et un DEA de démonstration avec électrodes adaptées)

Accessoires de mise en scène

Tenues et matériel d'entraînement (protection, habillage / déshabillage...) risque collectif

Compétences des formateurs (Circulaire du 10 mai 2006)

Formateur CESU ou appartenant à une structure de formation de professionnels de santé, maîtrisant les soins d'urgence et habilité à enseigner les gestes et soins d'urgence

Conseils pédagogiques

Respecter la chronologie de ces demi journées.

Utiliser des techniques pédagogiques actives (mises en situations, essai / erreur, questionnement, analyse avec les participants...)

N'utiliser la démonstration qu'en synthèse finale.

Explorer les connaissances antérieures des apprenants pour les réactiver et les réajuster.

Favoriser la découverte, le tâtonnement, confronter les raisonnements

Réajuster les connaissances scientifiques

L'hygiène et la protection, l'alerte et l'organisation en équipe doivent être traitées lors de **chaque** séquence, en lien avec le thème. (cf **Objectifs transversaux** *)

Validation de la formation Il s'agit d'une validation sommative.

Critères de validation pour chaque participant :

- présence à la totalité des séquences,
- réalisation de chaque geste technique au cours des séquences pratiques,
- comportement adapté lors de deux mises en situation dont au moins une d'ACR (*hiérarchiser sa conduite et effectuer le geste adapté*)

Documents pédagogiques à préparer

Programme à distribuer et liste d'émargement à signer lors de chaque demi journée (critère de validation)

Polycopiés des procédures d'urgence crée par le CESU

Fiches de suivi individuel, fiches d'évaluation de la formation

Quiz ou QCM «risque collectif»

Rappel : **Objectifs transversaux** * à traiter lors de **chaque** séquence, en lien avec le thème et à demander lors de chaque prise en charge

- *Identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre une protection adaptée au quotidien.*
- *Alerter de manière pertinente le SAMU (15) ou le numéro interne à l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, transmettre les observations et suivre les conseils donnés*
- *Appliquer les règles élémentaires d'hygiène*
- *Utiliser le matériel de surveillance non invasif du chariot d'urgence (PANI, SpO2, scope...) lorsque la prise en charge du patient le nécessite (en cas d'ACR, seulement lors de la reprise d'une activité cardiaque spontanée)*

Première demi journée (3h30) Urgences vitales (niveau 1)

Séquence	Logistique
Accueil des participants	Programme
Présentation de la formation, de la dynamique d'apprentissage et de l'évaluation sommative	Liste d'émargement
Hémorragies, alerte, protection <ul style="list-style-type: none">- Arrêter une hémorragie externe, alerter le centre 15 , et se protéger du risque infectieux- Identifier une hémorragie extériorisée	Maquillage
Obstruction des voies aériennes	Accessoires de protection (gants)

<ul style="list-style-type: none"> - Identifier une obstruction aigüe des voies aériennes et réaliser les gestes adéquats, <i>y compris les cas particuliers</i> <p>Inconscience</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'inconscience et assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée, <i>y compris les cas particuliers</i> 	Objets d'obstruction des VA Coupe de tête
<p>Mises en situation de synthèse et évaluation sommative Prendre en charge une situation d'urgence sur les thèmes abordés pendant la demi journée en adoptant un comportement adapté</p> <p>Synthèse de l'apport de connaissances de la demi journée, <i>y compris sur les objectifs transversaux*</i></p>	Fiches de suivi individuel

Deuxième demi journée (3h30) Urgences vitales (niveau 1)

Séquence	Logistique
<p>Réanimation cardio-pulmonaire dans le cadre professionnel AVEC le matériel d'urgence hospitalier (chariot Ballon DEA...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier un arrêt cardiaque d'un adulte et réaliser une réanimation cardio pulmonaire (RCP) de base avec matériel (DEA) dans le cadre professionnel (compressions thoraciques) - Identifier un arrêt cardiaque d'un nourrisson ou d'un enfant et réaliser une réanimation cardio pulmonaire (RCP) de base avec matériel (DEA avec électrodes adaptées) dans le cadre professionnel <p>Réanimation cardio-pulmonaire dans le cadre privé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier un arrêt cardiaque d'un adulte et réaliser une réanimation cardio pulmonaire (RCP) de base dans le cadre privé (bouche à bouche) - Identifier un arrêt cardiaque d'un nourrisson ou d'un enfant et réaliser une réanimation cardio pulmonaire (RCP) de base dans le cadre privé (bouche à bouche à nez) 	Liste d'émargement Mannequins adultes (x 2) Mannequin enfant Mannequin nourrisson Chariot urgence DEA de formation (+ électrodes adaptées)
<p>Mises en situation de synthèse et évaluation sommative Prendre en charge une situation d'urgence sur les thèmes abordés pendant la journée en adoptant un comportement adapté</p> <p>Synthèse de l'apport de connaissances du jour, <i>y compris sur les objectifs transversaux*</i></p> <p>Distribution de documents en lien avec les thèmes de la journée</p>	Fiches de suivi individuel Polycopiés

Troisième demi journée (3h30) Urgences vitales niveau 2 / urgences potentielles (niveau 1 + 2)

Séquence	Logistique
<p>Mises en situation de synthèse et évaluation sommative Prendre en charge une situation d'urgence sur les thèmes abordés la veille en adoptant un comportement adapté</p>	Liste d'émargement Fiches de suivi individuel
<p>Réanimation cardio-pulmonaire (enfant nourrisson) dans le cadre professionnel avec matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier un arrêt cardiaque d'un nourrisson ou d'un enfant et réaliser une réanimation cardio pulmonaire (RCP) 	Mannequin enfant Mannequin nourrisson

<ul style="list-style-type: none"> avec le matériel du chariot d'urgence (Insufflateur manuel, O2, DEA) dans le cadre professionnel - Appliquer les procédures de maintenance et de matériovigilance des matériels <p>Malaise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des signes physiques et fonctionnels pouvant précéder une détresse vitale. - Installer dans la position d'attente adaptée <p>Accouchement inopiné</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'imminence d'un accouchement, préparer la mère et l'accueil de l'enfant 	<p>DEA de formation (+ électrodes adaptées)</p> <p>Chariot d'urgence complet</p>
---	--

Quatrième demi journée (3h30) Urgences potentielles (niveau 1+ 2)

Séquence	Logistique
<p>Traumatismes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes de gravité d'un traumatisme cutané, (brûlure, plaie grave et effectuer les gestes adéquats. - Identifier les signes de gravité d'un traumatisme osseux, effectuer les gestes adéquats et utiliser le matériel d'immobilisation adapté. Poser une attelle de membre Retirer un casque intégral chez un motard en détresse vitale Poser un collier cervical pour une suspicion de traumatisme du rachis. <p>-Participer à un relevage et à un brancardage en équipe</p>	<p>Liste d'émargement</p> <p>Maquillage</p> <p>Casque intégral</p> <p>Attelles de membre</p> <p>Collier cervical</p> <p>Matelas à dépression + pompe</p> <p>Brancard de sol</p> <p>dispositif de transfert</p>
<p>Mises en situation de synthèse et évaluation sommative</p> <p>Prendre en charge une situation d'urgence sur les thèmes abordés pendant la journée en adoptant un comportement adapté</p> <p>Synthèse de l'apport de connaissances du jour , y compris sur les objectifs transversaux*</p> <p>Distribution de documents en lien avec les thèmes de la journée</p>	<p>Fiches de suivi individuel</p> <p>Polycopiés</p>

Cinquième demi-journée (3h30) Risques collectifs (niveau 1 + 2)

Séquence	Logistique
<p>1h 30</p> <p>Mises en situation de synthèse et évaluation sommative</p> <p>Prendre en charge une situation d'urgence sur les thèmes abordés depuis le début de la formation en adoptant un comportement adapté</p>	<p>Liste d'émargement</p> <p>Fiches d'évaluation</p>
<p>2h</p> <p>Les plans sanitaires et de secours</p> <p>Identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de protection adaptée (y compris en cas d'alerte des</p>	<p>Documents audios</p> <p>Selon l'intervenant ??</p>

<p>populations ou de situations d'exception au sein de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enoncer les principes généraux des plans sanitaires (canicule, grand froid...) -Identifier, en fonction de l'actualité, les spécificités épidémiques : menace de pandémie grippale en 2006 (programme et pédagogie à élaborer par les CESU en lien avec les infectiologues référents) - Enoncer les principes généraux et de secours extra hospitaliers (ORSEC Plan rouge ..) - Décrire les grands principes des plans blancs <ul style="list-style-type: none"> - accueil de victimes en grand nombre - principes de protection de l'hôpital et du personnel - principes de prise en charge des patients contagieux ou contaminés, - principes de réponses en cas d'«hôpital victime » (rupture d'un circuit de fluide.....) - Identifier son rôle et s'intégrer dans la chaîne de soins en situation d'exception 	
<p>Synthèse de l'apport de connaissances de la demi journée , Evaluation des savoirs (? acquis ?) Distribution de documents</p>	Fiches de suivi individuel Quiz ou QCM Polycopiés

Sixième demi-journée (3h30) Risque collectif (niveau 2)

Séquence	Logistique
<p>Le risque NRBC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir chacun des risques NRBC. - Dédire les principes de protection face à chacun des risques prédéfinis (par exemple, en cas de risque biologique appliquer les principes de protection, d'hygiène générale et restreindre les gestes de convivialité) - Décrire les principes d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement d'une annexe NRBC du plan Blanc - Identifier son rôle et s'intégrer dans la chaîne de soins en situation d'exception de type NRBC <p>Procédures d'habillage déshabillage (ateliers pratiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se protéger du risque par une tenue adaptée. : identifier les procédures habillage déshabillage - Maîtriser les techniques habillage déshabillage NRBC 	Liste d'émargement Combinaisons d'entraînement Masques et cartouches Gants Butyl..... Matériel de protection biologique Matériel de protection RX nucléaire....
<p>Analyse et évaluation de la formation Distribution de documents</p>	Fiches d'évaluation de la formation Polycopiés

Annexe 5 Feuille évaluation de formation institutionnelle GHLRA 17

GROUPE HOSPITALIER LA ROCHELLE-RE-AUNIS

CESU 17

BILAN INDIVIDUEL «AFGSU NIVEAU 2 »

Le _____

I- Le contenu du programme de la Formation vous a t-il paru adapté à vos besoins ?

OUI

NON

Commentaire.

II - Les Intervenants vous ont-ils satisfaits ?

OUI

NON

Commentaire.

III - Souhaitez-vous une suite à cette formation ?

OUI

NON

Si Oui, sous quelle forme ?

IV - > Appréciation Personnelle.

Annexe 6 Questionnaire en ligne

Bonjour,

Je m'appelle Pascal Mahé, je suis enseignant au CESU 17.

Lors de vos études à l'IFSI de La Rochelle vous avez suivi la formation gestes et soins d'urgence (GSU) dispensée par l'un de mes collègues ou moi-même.

Dans le cadre d'un mémoire de diplôme universitaire de pédagogie, je m'intéresse aux connaissances acquises et mémorisées à distance de cette formation afin d'adapter au mieux le contenu d'actualisation qui doit se dérouler dans les 4 ans après la formation initiale.

Merci de consacrer quelques minutes pour remplir ce questionnaire, avant le 30 septembre 2013.

En cas de dysfonctionnement du questionnaire en ligne ou pour toute question ,vous pouvez me laisser un message sur ma boîte mail :

Si vous connaissez des IDE qui ont suivi la formation GSU qui seraient prêts à remplir ce questionnaire merci de leur communiquer ce lien :

<https://docs.google.com/forms/d/1bAMX45ILYddAOC7M8SAOInePgW0H88USmKi2DCepRqM/viewform>

Cordialement

1.1. Date de votre formation initiale aux gestes et soins d'urgence :

1.2. Date d'obtention du diplôme d'état :

1.3 Votre poste actuel Cocher votre choix

- Psychiatrie
- Chirurgie
- Médecine
- Gériatrie
- Maternité ,Pédiatrie , Néonatalogie
- Urgences ,réanimation,soins intensifs
- Autre :

1.4. Votre ancienneté dans le poste (années)

1.5. La formation geste et soins d'urgence, dans le cadre de votre exercice professionnel vous semble :

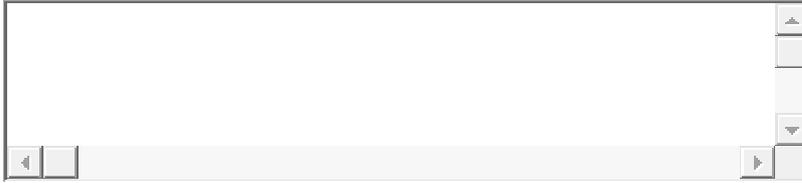
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inutile Indispensable

1.6. Avez-vous été confronté dans votre exercice professionnel à une ou des situations au cours de laquelle /desquelles vous avez dû mobiliser des connaissances acquises lors de la formation aux gestes des soins d'urgence ?

- Oui
- Non

1.7. si oui pouvez-vous raconter en quelques mots une situation qui vous a particulièrement marqué :



1.8. Les connaissances pratiques acquises lors de la formation GSU se sont-elles selon vous émoussées avec le temps ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tout est oublié

Tout est mémorisé

1.9. Un recyclage est prévue par les textes tous les 4 ans .Ce délai vous semble :

- trop court
- adapté
- trop long

1.10. S'il vous semble inadapté il devrait être selon vous de :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- 10 ans
- Autre :

1.11. Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les urgences vitales

- Oui
- Non

Si oui ,lesquelles

Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les urgences potentielles * ? * non vitales

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?



Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les risques collectifs * ? * ORSEC ,Plan blanc,NRBC ...

- Oui
- Non

1.12. Si vous avez perçu des lacunes dans la formation aux gestes et soins d'urgence , quelles sont celles que vous souhaiteriez voir combler ?



Vous estimez-vous capable sans avoir révisé :
2^{ème} partie

2.1. D'appliquer les mesures appropriées de protection en cas d'accident de la voie publique ?

- Oui
- Non

2.2. De donner les différents numéros d'appel d'urgence ? SAMU, Pompiers, Police, N°européen

- Oui
- Non

2.3. De définir le rythme minimum du massage cardiaque ?

- Oui
- Non

2.4. De pratiquer un massage cardiaque ?

- Oui
- Non

2.5. D'utiliser un défibrillateur ?

- Oui
- Non

2.6. D'utiliser un insufflateur ?

- Oui
- Non

2.7. De donner le ratio recommandé pour l'alternance du massage cardiaque et des insufflations ?

- Oui
- Non

2.8. De faire la différence entre obstruction complète des voies aériennes et obstruction partielle ?

- Oui
- Non

2.9. D'exécuter les manœuvres de désobstruction des voies aériennes ?

- Oui
- Non

2.10. De mettre en place un collier cervical ?

- Oui

- Non

2.11. De mettre en place une attelle d'immobilisation ?

- Oui
- Non

2.12. D'accompagner un accouchement inopiné ?

- Oui
- Non

2.13. De prendre en charge une personne victime d'une brûlure au niveau d'un membre supérieur par aspersion d'une casserole d'eau bouillante

- Oui
- Non

2.14. De prendre en charge une personne qui saigne abondamment plaie artérielle au niveau d'un poignet avec un cutter

- Oui
- Non

2.15. De mettre dans la position d'attente (des secours) appropriée : cocher si la réponse est oui

- Une personne inconsciente ?
- Une personne atteinte d'un traumatisme thoracique ?
- Une personne atteinte d'un traumatisme abdominal ?
- Une personne qui a perdu beaucoup de sang ?

2.16. De retirer (sans aggraver de lésion) le casque intégral d'un motard accidenté ?

- Oui
- Non

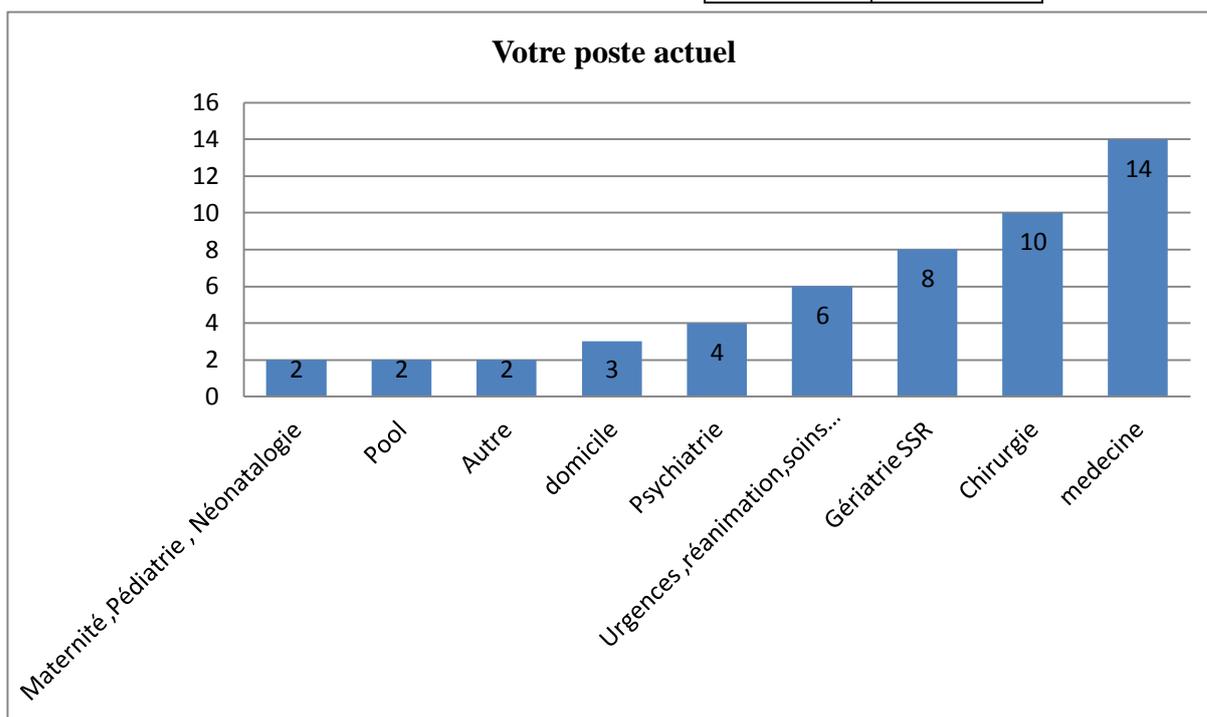
Annexe 7 RESULTATS de L'ENQUETE

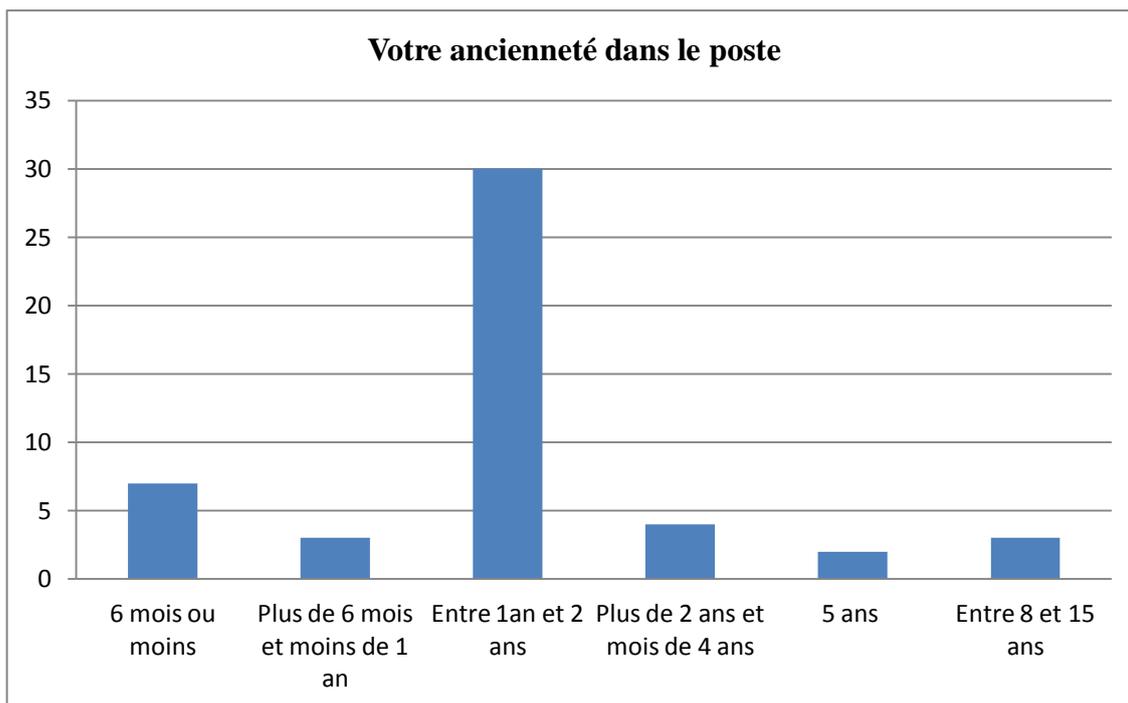
Date de votre formation initiale

2008	3
2009	6
12/2010	7
12/2011	7
07/2012	28
Total	51

**Date d'obtention du diplôme d'état :
aux gestes et soins d'urgence :**

1991	1
1993	1
2000	1
2005	2
2006	1
2008	2
2009	1
2010	1
2011	7
2012	33
2013	1
TOTAL	51

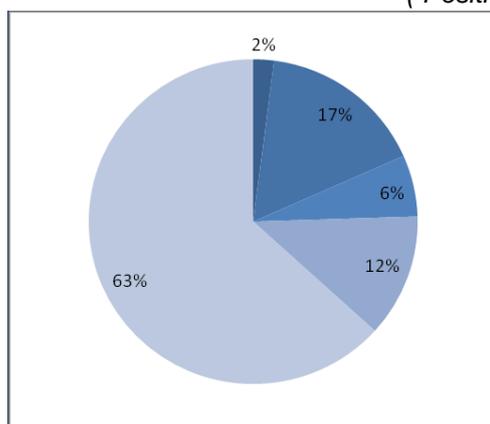




La formation geste et soins d'urgence, dans le cadre de votre exercice professionnel vous semble :

Inutile | _____ | Indispensable

(Positionner une croix)



De 0 à 5/10	0
6/10	2%
7/10	16%
8/10	6%
9/10	12%
10/10	63%

Avez-vous été confronté dans votre exercice professionnel à une ou des situations au cours de laquelle /desquelles vous avez dû mobiliser des connaissances acquises lors de la formation aux gestes des soins d'urgence ?

Oui 28 57% Non 21 43%

1.7. Si oui pouvez-vous raconter en quelques mots une situation qui vous a particulièrement marqué :

Voici les réponses:

- 1 Malaise avec chute et perte de connaissance, arrêt cardiaque.
- 2 Patient qui fait une fausse route en salle à manger, réalisation de la méthode Heimlich, apprise pendant la formation. Patient OK.
- 3 Patiente qui fait une décompensation cardiaque, pratique du massage cardiaque manuel et utilisation du défibrillateur automatique en référence à la formation, en attendant l'arrivée des pompiers.
- 4 Fausse route. Les 5 tapes dans le dos ont été efficaces.
- 5 Oui, en salle de réveil, les situations d'urgences sont là tous les jours, mais c'est beaucoup plus rassurant d'avoir tout le matériel à portée de main et un anesthésiste avec nous.
- 6 Problème respiratoire: probable œdème aigu du poumon ,prise de constantes, aspiration bronchique appel du médecin mis sous oxygène et pose de perfusion.
- 7 Choc septique: oxygénation, remplissage avec sérum salé, appel du service de réanimation pour consignes.
- 8 Un arrêt cardio-respiratoire chez une jeune femme à laquelle je venais tout juste de faire son entrée dans le service. Je pense avoir eu les bons reflexes que l'on m'avait enseignés aux cours d'AFGSU.
- 9 Détresse respiratoire d'une collègue qui avait avalé un morceau de pain de travers et qui ne pouvait absolument plus respirer. J'ai donc appliqué la méthode de Heimlich vu lors de la formation, sans laquelle je n'aurais pas su comment réagir.
Arrêt cardiaque sur hypokaliémie chez une jeune femme de 19 ans. Arrêt cardiaque sur une aspiration. Arrêt cardiaque sur une pneumopathie considérée comme sans complication. Pneumothorax massif sur pose de valve endo Bronchique
- 10 Hémoptysie massive sur cancer pulmonaire.
- 11 Plusieurs arrêts cardio respiratoire.
- 12 A l'heure du repas, une patiente fait une fausse route avec obstruction complète des voies respiratoires. La communication été quasiment nulle avec cette patiente nous ne pouvions pas lui demander si elle s'étouffait. Aussitôt nous avons commencé les tapes dans le dos.Elle recrachât le morceau au bout de la troisième tape.
- 13 Service d'oncologie, un jeune patient fait une réaction lors de l'administration d'une chimio de type Erbitux et se met en arrêt cardiaque. Réalisation des soins d'urgences acquis lors de la formation (massage cardiaque sur planche, mis en

- place du défibrillateur...) puis prise en charge avec anesthésiste du patient jusqu'à ce que la situation se stabilise.
- 14 Crise clonique avec perte de connaissance. Etouffement avec un aliment.
 - 15 ACR AVP brûlures choc hémorragique
 - 16 Arrêt cardiovasculaire
 - 17 Un patient s'est arraché une aiguille en cours de séance d'hémodialyse entraînant une hémorragie massive.
 - 18 Patient qui fait une fausse route en salle à manger, il tousse mais ne peut faire ressortir ce qui le gêne, nous avons suivi les étapes de la méthode Heimlich, apprise lors de notre formation.
 - 19 Patiente qui décompense sur le plan respiratoire et qui fait un arrêt réalisation de massage cardiaque et d'insufflation avec le BAVU . Nous nous sommes servis du défibrillateur automatique en attendant l'arrivée des pompiers. les manipulations réalisées ont été pour moi très marquantes parce qu'il s'agissait d'une "personne réelle", et même si nous n'avons pas pu la sauver, cette 1ère expérience de massage m'a fait comprendre l'importance de se former et de continuer à répéter ses gestes pour rester réactif.
 - 20 J'ai été confrontée à une situation mais en dehors de l'exercice professionnel. Une jeune fille chute de vélo derrière sa maman, traumatisme crânien, perte de connaissance initiale, douloureuse, immobile, avec le port du casque. Actions : protection de la zone, appel des secours : message d'alerte, personne témoin, surveillance et recueil d'information.
 - 21 Inhalation bronchique d'un patient. Puis arrêt cardiaque. Avec réanimation en chambre.
 - 22 Arrêt cardio respiratoire : mise en place du plan dur, le massage, utilisation du BAVU. Ce qui m'a plus marqué c'est que dans une situation d'urgence, tous les professionnels savent trouver leur place sans panique
 - 23 Mise en PLS des patients inconscients, et gestes associés pour la prise en charge du patient aux urgences. les saignements abondants. l'utilisation du matériel (attelles d'immobilisation ...)
 - 24 En arrivant au travail je passe devant la chambre d'un patient dont l'alarme du scope sonne "rouge", et je jette un œil car l'infirmier en charge de celui ci semble occupé dans une autre chambre, en m'approchant du patient je me rend rapidement compte que celui ci est en arrêt cardiaque, j'alerte donc mes collègues à l'aide d'une alarme d'urgence et je commence une RCP en attendant l'arrivée de collègue et d'un médecin.
 - 25 Un arrêt cardiaque de nuit seule avec une aide soignante. Peu d'expérience dans le métier, une de mes premières nuits.

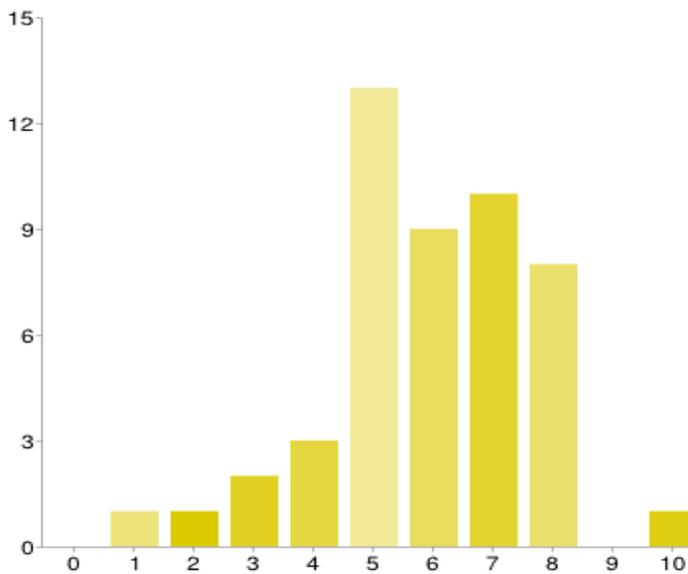
26 Arrêt cardio respiratoire.

27 Patient qui fait une fausse route en SSR manœuvre de Heimlich avec succès.

1.8. Les connaissances pratiques acquises lors de la formation GSU se sont-elles selon vous émoussées avec le temps ? Sur une échelle visuelle de 0 à 10

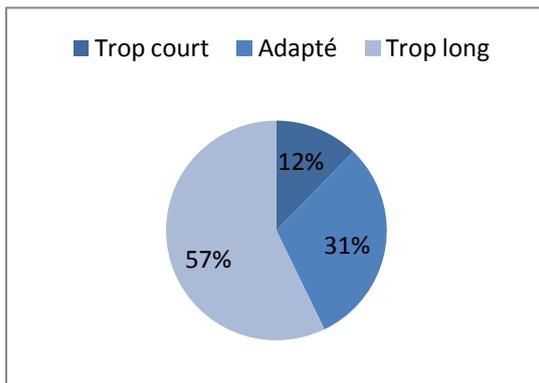
Tout est oublié | _____ | Tout est mémorisé

(Positionner une croix)



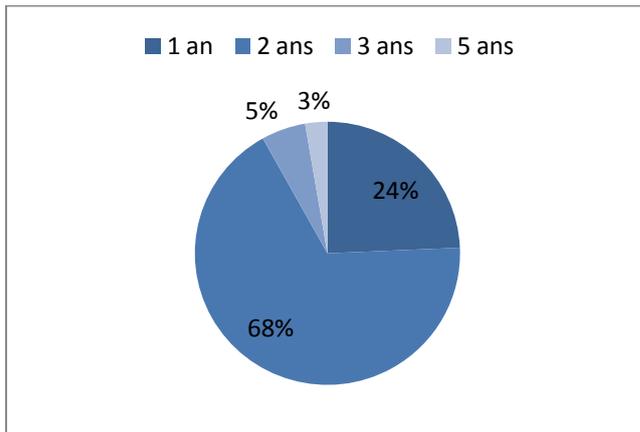
Score	Nombre de réponses	Pourcentage
0/10	0	0 %
1/10	1	2 %
2/10	1	2 %
3/10	2	4 %
4/10	3	6 %
5/10	13	27 %
6/10	9	19 %
7/10	10	21 %
8/10	8	17 %
9/10	0	0 %
10/10	1	2 %

1.9. Un recyclage est prévue par les textes tous les 4 ans .Ce délai vous semble :



trop court	6	12 %
adapté	15	31 %
trop long	28	57 %

il devrait être selon vous de :



1 an	9	24 %
2 ans	25	68 %
3 ans	2	5 %
5 ans	1	3 %
10 ans	0	0 %
Autre	0	0 %

1.11.1. Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les urgences vitales

Oui	29	59 %
Non	20	41 %

Si oui, lesquelles

- 1 Celles que nous avons vues lors de nos cours en 2012. Toutes les situations étaient adaptées et me servent dans mon métier.
- 2 Arrêt cardio respiratoire , hémorragie, obstruction des voies aériennes
- 3 Arrêt cardiaque (massage cardiaque. Gestes a effectuer). Utilisation du défibrillateur.
- 4 Arrêt cardiaque Plaies hémorragiques Mobilisation des traumatisés. Mise en place du collier cervical détresse respiratoire aigue mise en place d'une ventilation non invasive dans un contexte d'hypercapnie majeur (dans mon service, ce sont les IDE ou kiné qui mettent les patients sous VNI)
- 5 Toutes
- 6 Massage cardiaque avec utilisation du défibrillateur et insufflateur, canule de guédel etc...
- 7 ACR, Hémorragie
- 8 Arrêt cardio respiratoire • Rupture d'anévrisme, Infarctus ...
- 9 ACR
- 10

- 11 Etouffement, arrêt cardiaque...
- 12 Massage cardiaque, utilisation du défibrillateur. Intubation, ventilation. préparation et dilution des drogues.
- 13 Conduite à tenir en cas d'arrêt cardio-respiratoire (mise à jour) Utilisation du matériel d'urgence
- 14 Arrêt cardio respiratoire, fausse route, choc
- 15 Rappels fait au travail et testé!
- 16 Troubles neurologiques, arrêt respiratoire, ACR
- 17 La réanimation cardio-pulmonaire la détection des AVC.les gestes techniques à réaliser en cas d'urgence cela dépend également du poste sur lequel nous travaillons
- 18 Arrêt cardio respiratoire.
- 19 Réanimation cardio-pulmonaire détection d'AVC
- 20 Arrêt cardio respiratoire Hémorragie Obstruction des voies aériennes
- 21 ACR • Hémorragies • Obstruction des voies aériennes.
- 22 Massage cardiaque, fausse route.
- 23 Toutes les urgences vitales sont nécessaires à savoir pour notre travail mais aussi à l'extérieur du milieu hospitalier
- 24 Non car les urgences vitales on y est plus facilement confronté alors on oublie moins les gestes.
- 25 Arrêt cardio respiratoire Hémorragie Étouffement
- 26 ACR, arrêt respiratoire
- 27 Arrêt cardio respi
- 28 Arrêt cardiaque avec techniques de massage (enfant, adulte) et utilisation des insufflateurs, défibrillateur, médicaments de l'urgence.
- 29 Savoir identifier une urgence vitale : évaluer l'état clinique de la personne gestes en cas d'ACR, en cas de brûlures, obstruction des voies aériennes, PLS ... savoir la composition d'un chariot d'urgence. Savoir passer un appel en cas d'urgence manipuler un DSA voir une Intubation oro-trachéale.
- 30 Prise en charge d'un patient inconscient - prise en charge d'un ACR - libération des voies aériennes, - utilisation d'un DSA - prise en charge d'une hémorragie - savoir donner l'alerte

11.1.2 Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les urgences potentielles * ?

Oui	19	39 %
Non	30	61 %

Si oui, lesquelles ?

- 1 Malaises/ chutes • Trauma • Brulures.
- 2 Détresse respiratoire, fausse route, obstruction par un corps étranger.
- 3 Saignements importants, rappel des points de compressions.
- 4 La façon dont s'était déroulée notre formation me semblait porter suffisamment de temps sur l'ensemble des urgences.
- 5 Malaise vagal.
- 6 Cela dépend du poste que l'on occupe.
- 7 Fracture, mise en place du collier cervical.
- 8 En fonction du poste.
- 9 AVP
- 10 Plaie grave, immobilisations.
- 11 Sur tout le programme et essentiellement ce qui n'arrive pas souvent : chute de scooter, enlever le casque. Les urgences vitales restent mieux en mémoire, le reste s'oublie.
- 12 Idem que urgences vitales
- 13 Comment arrêter un saignement, comment réagir face une crise d'épilepsie etc...

11.1.3 Selon vous ce recyclage devrait porter essentiellement sur Les risques collectifs ?

Oui 13 27%

Non 36 73%

1.12. Si vous avez perçu des lacunes dans la formation aux gestes et soins d'urgence, quelles sont celles que vous souhaiteriez voir combler ?

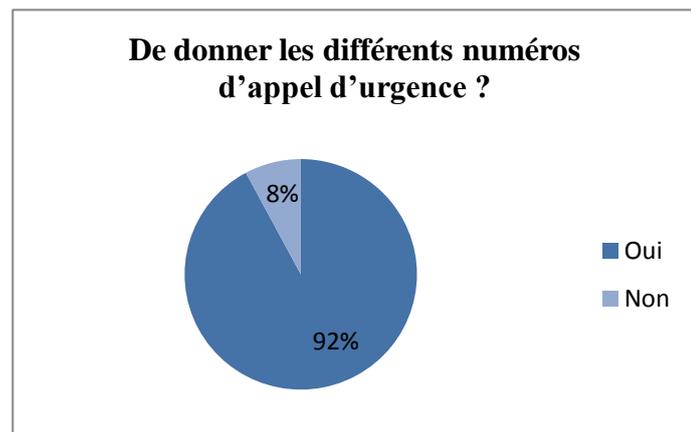
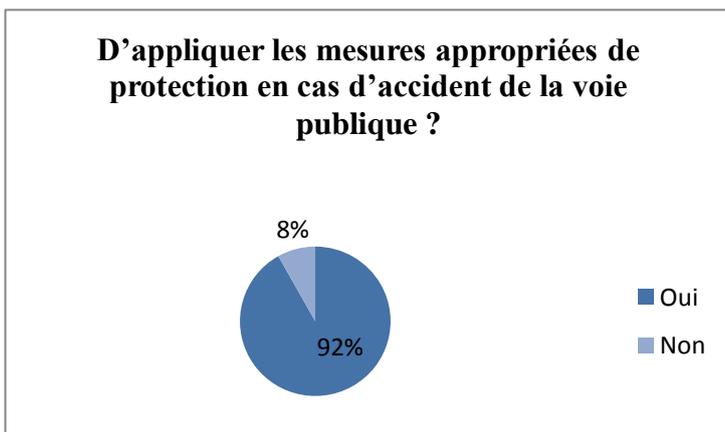
Voici les réponses

- 1 A mon avis la difficulté à laquelle je n'étais pas préparée est l'organisation à avoir lors d'une réanimation: dans quel ordre procéder, comment servir au mieux et le plus rapidement possible le médecin.

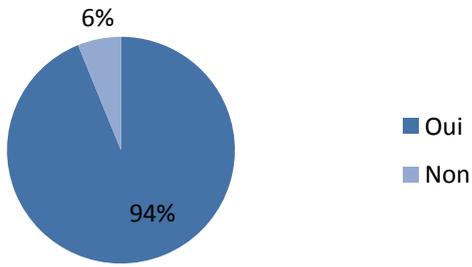
- 2 Il faudrait je pense un peu plus de temps pour se mettre en situation réelle, chacun notre tour. Passer plus de temps sur le domaine pédiatrique et également sur tout ce qui est accidents domestiques, brûlures, noyades, chutes, intoxications, etc. Ceux ci ont surement été évoqués mais pas assez appuyés à mon goût.
- 3 Conduite à tenir pour les plans blancs.
- 4 L'organisation d'une réanimation, place de chacun...
- 5 Pratiquer plus les différents matériaux : montage.
- 6 Pouvoir pratiquer un peu plus afin de mieux assimiler. - Avoir un petit QCM à la fin de la formation non pas pour être évalué mais pour voir ce qui a bien été assimilé. - Avoir un livret récapitulatif de ce qui à été abordé
- 7 Gestes a effectuer lors d'un arrêt cardiaque, utilisation du défibrillateur. ce qui serait bien ce serait d'avoir à la fin de la formation un petit récapitulatif par écrit de ce qu'on a appris quelque chose que l'on pourrait toujours avoir dans la poche.
- 8 Lors d'AVP dans quelles circonstances sortir la personne de la voiture et comment, quand et comment retirer un casque de moto...
- 9 Massage cardiaque car bien que pratiqué durant un temps qui me paraissait suffisant lors de la formation sur un mannequin, c'est un geste d'urgence "stressant" -Retrait d'un casque car sans avoir effectué de façon réelle ses gestes d'urgence j'ai "peur" de n'être capable de pouvoir les réaliser. Il me semble être incapable d'assister à un accouchement inopiné

Réponses à la série des questions 2

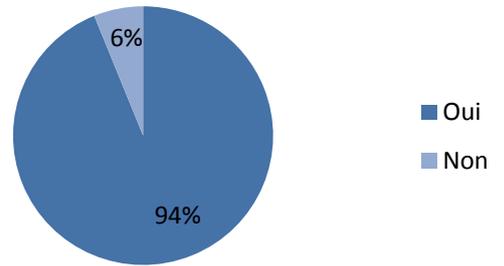
Vous estimez-vous capable sans avoir révisé :



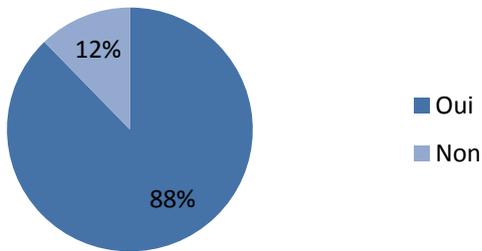
De définir le rythme minimum du massage cardiaque ?



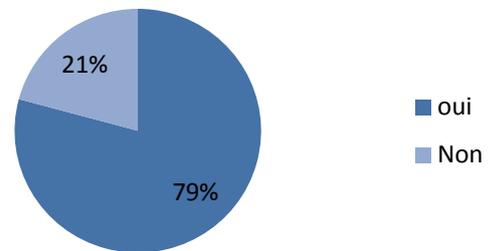
De réaliser un massage cardiaque ?



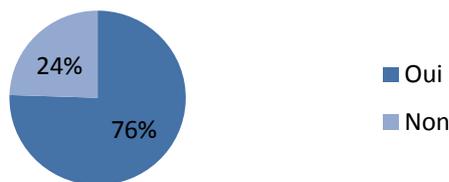
D'utiliser un défibrillateur ?



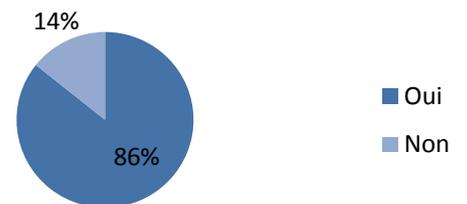
D'utiliser un insufflateur ?



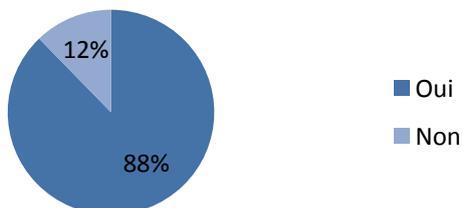
De donner le ratio recommandé pour l'alternance du massage cardiaque et des insufflations ?



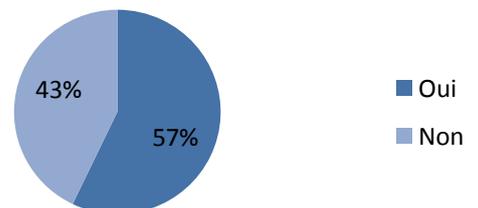
De faire la différence entre obstruction complète des voies aériennes et obstruction partielle ?



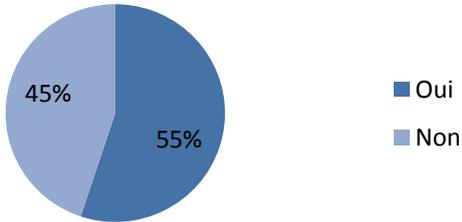
D'exécuter les manœuvres de désobstruction des voies aériennes ?



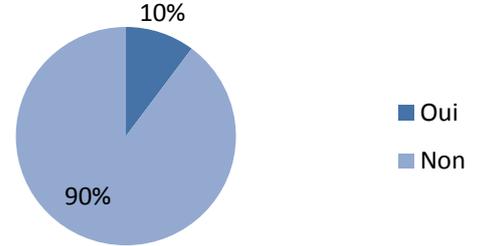
De mettre en place un collier cervical ?



De mettre en place une attelle d'immobilisation ?



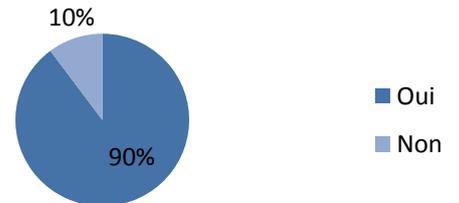
D'accompagner un accouchement inopiné?



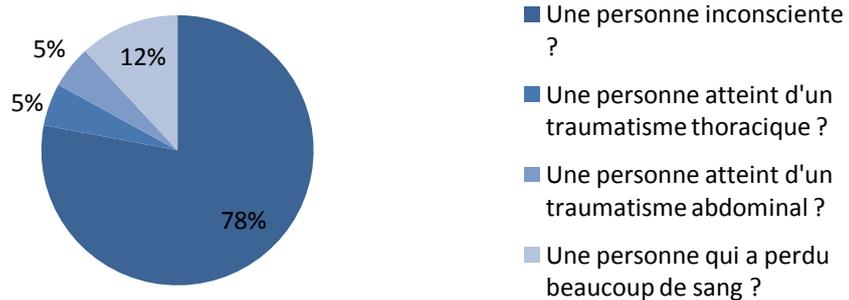
De prendre en charge une personne victime d'une brûlure?



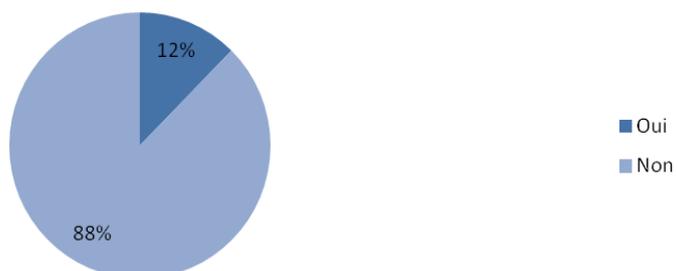
De prendre en charge une personne qui saigne abondamment ?



De mettre dans la position d'attente (des secours) appropriée :



De retirer (sans aggraver de lésion) le casque intégral d'un motard accidenté ?



Introduction

L'AFGSU est une formation aux gestes d'urgence destinée à tous les civils volontaires. Cette formation est par contre obligatoire chez les étudiants en médecine. Dans notre faculté, elle est organisée avec une journée initiale en 2^{ème} année puis une demi-journée de rappel en 4^{ème} année de médecine.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la formation AFGSU2 chez les étudiants en médecine et le niveau de rétention à 2 ans.

Matériel et Méthodes

Tous les étudiants de 2^{ème} et 4^{ème} année de médecine ont été inclus dans cette étude monocentrique lors de leur journée de formation. Un même questionnaire comportant 12 questions (Q) à choix simple et/ou multiples a été rempli avant (T1) puis après (T2) la formation en 2^{ème} année puis ce même questionnaire a été rempli par les étudiants de 4^{ème} année (soit 2 ans après leur formation initiale) (T3).

Les résultats sont rapportés comme la médiane et l'espace interquartile. Les statistiques étaient non paramétriques.

Résultats (1)

En 2013, 131 étudiants de 2^{ème} année ont participé à la formation initiale AFGSU avec 128 réponses au questionnaire à T1 et 131 réponses à T2 (car 3 étudiants en retard) puis 123 étudiants de 4^{ème} année ont répondu au même questionnaire à T3.

Les notes globales (sur 12) s'améliorent significativement de T1 à T2 ($p < 0.05$) puis diminuent de T2 à T3 ($p < 0.05$) mais restent cependant significativement supérieures à T3 par rapport à T1 ($p < 0.05$) avec respectivement: T1: 4 [3-6]; T2: 9 [8-10] et T3: 7 [5-8] sur 12.

Résultats (2)

Concernant la prise en charge de l'arrêt cardiaque (Q2 à Q8), on observe systématiquement une forte amélioration entre T1 et T2 ($p < 0.05$) (Figure). Par contre à T3, le taux de bonnes réponses est souvent moins bon qu'à T2 (pour Q3, Q4, Q5, Q6, Q8, $p < 0.05$) mais reste cependant significativement meilleur par rapport à T1 (Q2, Q5, Q6, Q7, Q8, $p < 0.05$).

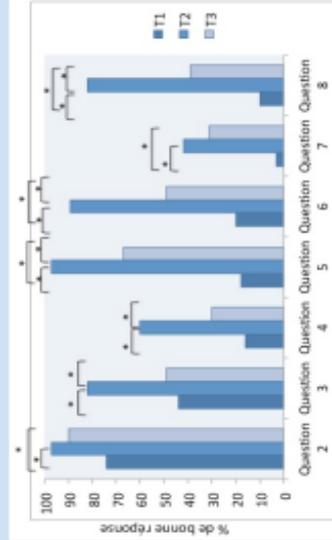


Figure 1: Pourcentage de bonne réponse aux questions sur l'arrêt cardiaque. * p<0.05

Concernant la prise en charge d'une obstruction des voies aériennes, les résultats sont globalement assez mauvais à T1, T2 et T3 avec une amélioration entre T1 et T2 aux questions 9 et 10 mais un retour au niveau initial à T3 aux questions 9 et 11 (respectivement à T1, T2 et T3: Q9 : 47%, 82% et 56% ; Q10: 25% et 15%; Q11 : 40%, 45% et 30%).

La question sur la prise en charge d'un trouble de la conscience et mise en position latérale de sécurité retrouve un pourcentage initial élevé de réussite avec une amélioration du taux de bonnes réponses entre T1 et T2 (90 à 98%, $p < 0.05$) mais avec un retour à l'état antérieur à T3 (88%).

Discussion

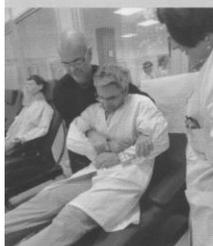
Cette étude montre une amélioration du taux de bonnes réponses immédiatement après la formation initiale AFGSU. Deux ans plus tard, le niveau de rétention semble modéré ce qui confirme l'intérêt d'un rappel et implique une recherche sur l'amélioration du niveau de rétention.

Annexe 9 : « CENTRE ATLANTIQUE A LA UNE » Publication de la direction régionale de l'EFS centre atlantique n°07 juin 2013



LA ROCHELLE

Exercices pratiques "incidents graves"



Le document cadre national "Surveillance et conduite à tenir en cas d'apparition d'un événement indésirable donneur survenant pendant et au décours du prélèvement" prévoit que l'ensemble des sites de prélèvement de l'EFS réalise des exercices pratiques de gestion d'un incident grave donneur.

Dans ce cadre, nous avons contacté le Dr Isabelle BOUEX-GODEAU, chef de service des urgences du Centre Hospitalier de La Rochelle qui nous a proposé d'intégrer ces

exercices pratiques dans le cadre du recyclage AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence). En effet, selon la législation, l'ensemble des équipes de prélèvement doit bénéficier d'une formation AFGSU (niveau 1 pour les agents d'accueil et de restauration, niveau 2 pour les IDE et médecins), puis d'un recyclage tous les 4 ans. Trois séances ont été ainsi réalisées par Mr Pascal MAHE, formateur référent du CESU (Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence) de La Rochelle. Tout d'abord une séance théorique pour l'ensemble des médecins et IDE du site avec rappel de toutes les conduites à tenir en fonction des événements indésirables donneurs, ainsi que du contenu de la pharmacie et du matériel de secours à disposition.

Puis deux séances pratiques sur le site, permettant de former l'ensemble du personnel de prélèvement (18 personnes). Ces séances ont particulièrement été appréciées car ont pu être abordées des conduites à tenir du quotidien telles que le malaise vagal simple, la fausse route en restauration, mais aussi et surtout la gestion des incidents graves avec arrêt cardio-respiratoire.

Ces exercices "incidents graves" ont été réalisés par groupe selon la configuration du site : 1 agent d'accueil, 1 médecin, 2 IDE et un agent de restauration afin que chacun puisse bien appréhender son rôle exact dans la chaîne de survie : appel du 15, réanimation cardio-respiratoire avec défibrillateur, gestion de l'évacuation des donneurs présents...

Enfin, ont été effectuées quelques mises en pratique comme descente au sol d'un donneur en arrêt cardio-respiratoire depuis un lit de site fixe ou de collecte mobile. Des films ont été réalisés ainsi que des photos pour permettre un débriefing.

Il est maintenant prévu que l'ensemble des sites bénéficie de cette formation qui nous a apporté plus de confiance et de cohésion dans la gestion des événements indésirables donneurs. ■

Centre-Atlantique à la Une - Juin 2013 09

Adaptation de la formation aux gestes et soins d'urgence (F.G.S.U.) de niveau 2 à la formation continue des chirurgiens -dentistes

E. CHIALE (1), J. DIMET (2), P. LE ROUX (1), B. WEYD (1), D. BRACHET(3), P. FRADIN (4)

(1) CESU 85 - Urgences – SAMU – SMUR ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

(2) Unité de Recherche Clinique ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

(3) Président Des Rendez-vous Formation du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Vendée ; 85000 La Roche sur Yon

(4) Urgences – SAMU-SMUR ; Centre Hospitalier Départemental, 85925 La Roche sur Yon Cedex 9

INTRODUCTION :

Les arrêtés du 3 mars 2006 et 20 avril 2007 ont respectivement défini puis intégré l'attestation de F.G.S.U. aux études d'odontologie. L'intérêt des chirurgiens-dentistes en activité pour l'organisation de cette formation se retrouve dans l'élaboration de recommandations communes entre l'union française pour la santé bucco-dentaire (U.F.S.B.D.) et l'association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (A.N.C.E.S.U.). Le C.E.S.U. 85 a organisé la première session en mai 2008 à la demande de l'organisme de formation continue du syndicat des chirurgiens –dentistes de Vendée. Il nous a semblé important d'évaluer les besoins pour proposer une formation adaptée.

MATERIEL ET METHODE :

Après la session de mai, un questionnaire a été adressé en juillet 2008 aux 174 praticiens adhérents à l'organisme de formation. Il comportait 4 thèmes : conditions d'exercice des praticiens ; pré-requis en matière de formation aux soins d'urgence et risques sanitaires ; expériences professionnelles d'urgences médicales ; intérêt suscité par les thématiques de la formation. Ce questionnaire comportait des questions fermées ou dirigées et des échelles de type Likert pour le 4^{ème} thème définissant un intérêt certain, incertain ou l'absence d'intérêt.

RESULTATS :

Quatre-vingt onze praticiens ont répondu et parmi eux 9 avaient déjà suivi la formation. Ainsi 82 questionnaires ont été analysés. Les réponses ont montré que 61 d'entre eux avaient des pré-requis en matière de soins d'urgence et 46 en risque sanitaire (Pandémie grippale). Trente huit avaient déjà été confrontés à une ou des situations d'urgences médicales au cours de leur exercice (56% de malaises bénins, 22% d'urgences potentielles et 22% d'urgences vitales), parmi eux 24 disent ne pas avoir été à l'aise pour les gérer. Soixante quatorze avaient une dotation médicale d'urgence à leur cabinet (77 % une trousse médicale d'urgence, 76% de l'oxygène, 39% un tensiomètre et 5% un défibrillateur). Les deux thèmes de la formation recueillant le plus d'intérêt étaient l'identification de l'arrêt cardiaque et la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire avec défibrillateur, l'identification des signes de gravité d'un malaise (99% chacun). Les notions d'alerte suscitaient 95% d'intérêt.

DISCUSSION :

L'intérêt des praticiens porte avant tout sur l'identification des situations d'urgences, des signes de gravité leur permettant d'effectuer une alerte adaptée au 15 et de réaliser les premiers soins adéquats. Ce constat est en lien avec leur pratique où les situations graves sont relativement peu fréquentes et doivent être gérées grâce aux compétences acquises lors de ce type de formation. Le module risques collectifs recueille plus d'intérêt auprès des praticiens exerçant depuis moins de 10 ans (76%), sans doute plus sensibilisés à ces risques alors que le module urgences vitales est lui plébiscité par ceux exerçant depuis plus de 20 ans (70%), traduisant un besoin de mise à jour des compétences.

CONCLUSION :

L'adaptation de la F.G.S.U. de niveau 2 destinée aux chirurgiens-dentistes passe par le renforcement de l'étude des malaises en insistant sur les signes de gravité. Elle s'appuie également sur un choix contextuel essentiellement professionnel des mises en situations pratiques réalisées si possible avec les assistantes dentaires selon les recommandations ANCESU–UFSBD afin de répondre à l'obligation déontologique de «porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat».

Annexe 11 Plaquette CESU 17 GSU2

NOURRISSON	ENFANT	ADULTE
0 - 1 an	1 an - puberté	
SEUL 5 insufflations puis 30 compressions - 2 BBN À DEUX 15 compressions - 2 BBN	SEUL 5 insufflations puis 30 compressions - 2 BBN OU BB À DEUX 15 compressions - 2 BBN / BB	30 Compressions de suite puis 2 insufflations OU Compressions en continu > 100 / MN
Bouche à bouche ET Nez Insufflateur	Bouche à bouche OU Bouche à Nez Insufflateur	Bouche à bouche OU Bouche à Nez Insufflateur
2 Doigts 1/3 de l'épaisseur du thorax	1 Main OU 2 Mains 1/3 de l'épaisseur du thorax	2 Mains 5 à 6 cm

INHALATION DE CORPS ÉTRANGER

ADULTE
& ENFANT



NOURRISSON



CHSE - C&U & anesthésiologie - DVD 19 - Niveau 2012 - 100 ans pour un siècle de progrès

Memento
Urgences Vitales

CESU-17
Centre d'Enseignement
des Soins d'Urgence

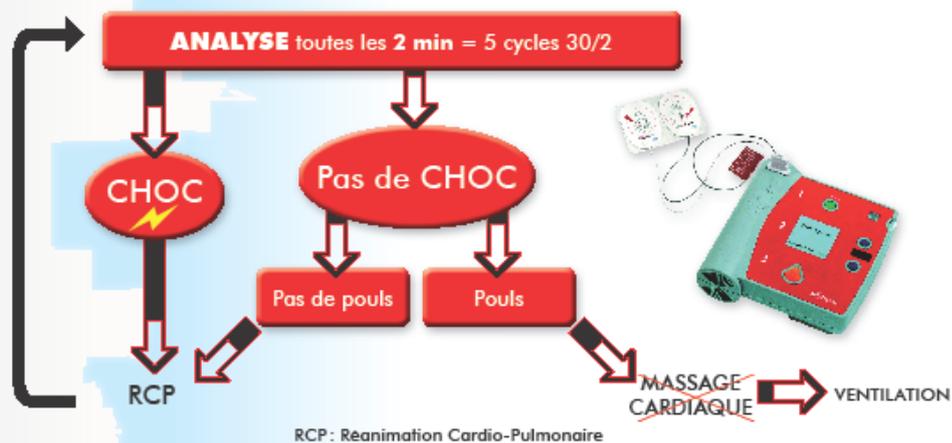
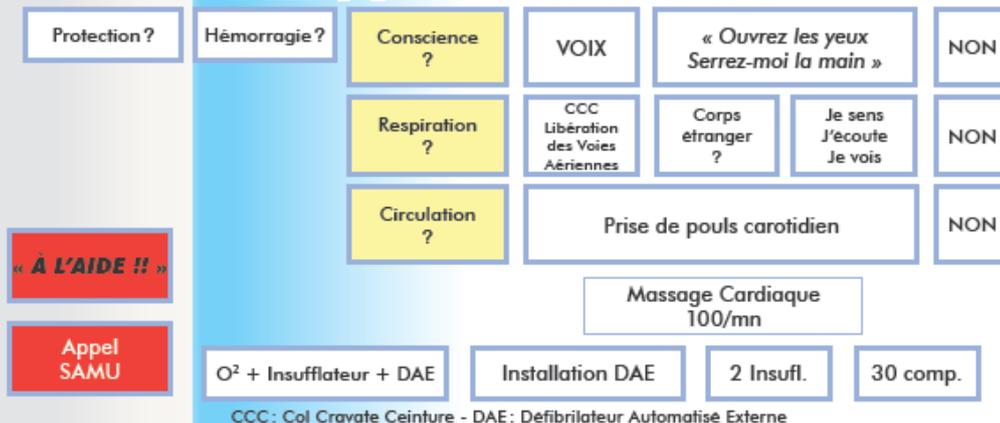
GSU2
Formation aux gestes
de soins d'Urgence

GRUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE - RÉ - AUNIS

ALERTE

- Qui alerter?
 - **15 SAMU** : Urgences médicales
 - **18 Pompiers** : incendie, accident
 - S'identifier
 - N° de téléphone
 - Nom
 - Fonction
 - Localiser l'évènement
 - Lieu précis de l'intervention (points de repère, digicode, ascenseur...)
 - Décrire la situation
 - Âge, Sexe   
 - Gestes effectués
 - Attendre les instructions avant de raccrocher
- Si voie publique:**
nombre de victimes
+
risques éventuels

PERSONNE INANIMÉE



Bibliographie

- **Mémoires**

Renou J., Débriefing simulation médicale : Techniques et outils pédagogiques DU de Pédagogie des Sciences de la Santé Université Victor Segalen Bordeaux II Centre de Recherches Appliquées en Méthodes Educatives, 2012, 58 p.

Rollet O. L'imagerie mentale comme outil de mémorisation des gestes d'urgence DU de Pédagogie des Sciences de la Santé Université Victor Segalen Bordeaux II Centre de Recherches Appliquées en Méthodes Educatives, 2012, 77 p.

- **Articles de périodique**

Alchimie Médias Réalisez un sondage auprès de vos connaissances avec Google
Formulaire Micro Hebdo n°761 Aout 2013

Jaffrelot, Croguennec, Lher La formation à l'urgence par la simulation en santé Soins
n°777 juillet Aout 2013

- **Sites web**

Centre Hospitalier de Chambéry Recyclage AFGSU <http://www.ch-chambery.fr/upload/docs/application/pdf/201111/recyclage_afgsu_2_2011-11-03_02-01-57_246.pdf>

Carte des ACR Découvrez la carte des morts subites en ile de France en depuis le 15 mai 2011 <<http://www.mort-subite.com/>>

Référence Algorithme RCP <<http://www.escardio.org/about/ehh/mec/Pages/maison-europ%C3%A9enne-coeur.aspx>>

Ministère De La Sante De La Jeunesse Et Des Sports « Recommandations pour les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

INSERM Mémoire <<http://www.INSERM.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/memoire>>

Revue medicale suisse Médecine d'urgence 2009 <<http://revue.medhyg.ch/>>

Tulving E. Mémoire et apprentissage <<http://lecerveau.mcgill.ca/>>

Dejean J – L'évaluation de l'enseignement dans les universités françaises <
<http://cisad.adc.education.fr/hceee>>

Conseil Français de Réanimation Cardiopulmonaire Référentiel RCP <<http://www.cfric.fr/>>

Sante Training Formations santé en ligne - elearning & serious games <- <http://sante-training.com/>>

Inreaction Healthcare Agence Interactive spécialisée santé <<http://www.interaction-healthcare.com/pulse.php>>]

Haute Autorité en Santé Développement professionnel continu, Simulation en santé, Fiche technique méthode < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/simulation_en_sante_fiche_technique.pdf>

Ministère des affaires sociales et de la Santé : Bilan des formations CESU synthèse 2011 <<http://www.sante.gouv.fr/bilan-des-formations-CESU-syntheses-2011.html>>

Ministère des affaires sociales et de la Santé Délivrance de l'attestation AFGSU <<http://www.Santé.gouv.fr><Infirmiers > LMD > Reforme études soins infirmiers > La foire aux questions relatives à la formation menant au diplôme d'état (...) > Formation > Formation / AFGSU>

Annexes de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier .Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité n° 2009/7 du mois de juillet 2009. <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence JORF n°59 du 10 mars 2006 page 3630 texte n° 24 <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

Arrêté du 24 avril 2012 relatif à la Commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle et au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) JORF n°0099 du 26 avril 2012 page 7459 texte n° 47 <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

Ministère des affaires sociales et de la Santé Circulaire N°DGOS/DGS/RH1/MC/2010/173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins

d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé NOR : SASH1014082C
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_173_270510.pdf>

- **Documents audiovisuels**

Direction de la Défense et de la sécurité Civile Film AZF Toulouse
Cellule communication septembre 2001

AP-HP Direction de la communication interne Film hôpital Necker « Exercice de prise en charge de victimes radiocontaminées R53 »

Vidéo appel centre 15 Vidéo appel centre 15
<<http://www.youtube.com/watch?v=e38qkIYpScw> >

Références

- ¹ Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence JORF n°59 du 10 mars 2006 page 3630 texte n° 24
- ² <http://www.INSERM.fr>
- ³ [http://www.univ-paris5.fr/Actualite/Archives/Inauguration-du-Centre-d-expertise-de-la-mort-subite-de-l- adulte](http://www.univ-paris5.fr/Actualite/Archives/Inauguration-du-Centre-d-expertise-de-la-mort-subite-de-l-adulte)
- ⁴ <http://revue.medhyg.ch/>
- ⁵ Ministère de la santé de la jeunesse et des sports « Recommandations pour les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie
- ⁶ Annexe 2 Décret du 21 avril 2007 modifiant les arrêtés relatifs aux conditions de délivrance du diplôme d'État de certaines professions de santé l'AFGSU
- ⁷ Annexe 3 Attestation GSU CESU 17
- ⁸ Annexe 4 Arrêté du 29 mars 2007 relatif à la Commission nationale des formations aux soins d'urgence des CESU
- ⁹ Annexe 1 Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- ¹⁰ Annexe 5 ANCESU 2006 Objectifs pédagogiques GSU
- ¹¹ Annexe 4 ANCESU – proposition de programme AFGSU Niveau 2 – août 2006
- ¹² Tardif J. Développer un programme par compétence : De l'intention à la mise en œuvre. Pédagogie collégiale vol16 n°3 Mars 2003p36à 45,
- ¹³ <http://www.escardio.org> Référence algorithme RCP
- ¹⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=e38qkIYpScw> Vidéo appel centre 15
- ¹⁵ Laure PETER , Paul SALIN Service d'explorations fonctionnelles neurologiques - Hôpital Neurologique - Lyon « Sommeil paradoxal et plasticité synaptique » Revue Sommeil et vigilance n°16 par la société française de recherche et médecine du sommeil
- ¹⁶ Mémoire Mme. Renou « débriefing simulation médicale » DU de Pédagogie des Sciences de la Santé Université Victor Segalen Bordeaux II CRAME 2012

¹⁷ Direction de la Défense et de la sécurité Civile Film AZF Toulouse
Cellule communication septembre 2001

¹⁸ AP-HP Direction de la communication interne Film hôpital Necker « Exercice de prise en charge de victimes radiocontaminées R53 »

¹⁹ Annexe 6 Feuille évaluation de formation institutionnelle GHLRA 17

²⁰ Annexe 7 Questionnaire

²¹ MICRO HEBDO n°761 Réalisez un sondage auprès de vos connaissances Google
Formulaires

²² Annexe 8 Résultats du questionnaire : Question 1.7

²³ Annexe 8 Résultats du questionnaire : Question 1.11

²⁴ Annexes de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier .Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité n° 2009/7 du mois de juillet 2009.

²⁵ Annexe 9 Evaluation AGFSU Département Anesthésie Réanimation CHU Kremlin
Bicêtre

²⁶ Annexe 10 « Centre atlantique à la une » publication de la direction régionale de l'EFS
centre atlantique n°07 juin 2013

²⁷ Annexe 11 Adaptation de la FGSU 2 à la formation continue des chirurgiens dentistes

²⁸ Annexe 12 Plaquette CESU 17 AFGSU

²⁹ Annexe 13 Formation AFGSU Ministère des affaires sociale et de la Santé : A quel
moment l'AFGSU est-elle délivrée ?

³⁰ Jean Piaget (psychologue suisse considéré comme un des fondateurs de la psychologie
cognitive du XXème siècle) et Antoine de La Garanderie (philosophe et pédagogue.(
Théoricien des geste mentaux d'apprentissage, gestion mentale)

³¹ Il existe en version française distribué par l'agence Interaction Healthcare
<http://www.interaction-healthcare.com/pulse.php>

³² formations santé en ligne - elearning & serious games - <http://sante-training.com>

³³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fiches-methodes-de-dpc