

FORMATION MONGOLIE 2018

PROJET PEDAGOGIQUE

15 février 2018

1- Présentation générale

La Mongolie est un pays sans littoral, dans l'Est de l'Asie centrale. Avec 1.564.116 km carrés, soit le 19ème pays le plus vaste du monde avec une population clairsemée d'environ 2,9 millions d'habitants (1/2 mongol/km²) et 6 millions de mongols à l'étranger. Oulan Bator, la capitale, est la plus grande ville, qui concentre 40 % de la population. 60 % de population est urbaine pour 40% de population rurale.

Isolement terrestre très important.

Les communications routières sont en développement mais elles couvrent de très grandes distances : plus de 1600 Km de la capitale vers l'Est ou l'Ouest.

Communications aériennes par des lignes régulières, non adaptables à la médicalisation.

Fragilité sociale avec l'ouverture à la liberté de marché après 75 ans d'organisation soviétique et passage du monde pastoral (nomade) au monde urbain. Orientation économique actuelle vers le monde minier et l'ouverture vers l'Ouest.

Population dominante bouddhiste et présence d'autres ethnies.

Risques naturels

Les plus fréquents :

- Sismique: très important dans tout le pays, mais surtout concentré sur la vallée de la capitale Ulan Bator avec un accès aérien complexe et aléatoire des secours internationaux.
- Feux de forêt ou de steppe : complexes très longs et destructeurs.
- Inondations par vagues de crues en ville, à cause de la déforestation.
- Climatique : période de froid intense (Dzud) avec conséquences économiques, sociales et humaines importantes.

Risques Urbains

- Multiples avec imbrication de risques technologiques industriels (chimique, chauffage urbain, énergie, ...) et transport.
- Peu de constructions aux normes para sismiques.
- Complexité de l'alimentation en eau pour les villes en quantité, qualité,

L'organisation des soins

On distingue trois niveaux :

Premier niveau de Soins de santé primaires :

- 11 postes de secours avec des lits,
- 141 centres de soins communaux,
- 228 « cliniques de la famille ».

Deuxième niveau de soins :

- 286 Hôpitaux de *sum* (35 hôpitaux inter *sum*)
- 36 Hôpitaux généraux de région/rural hôpitaux généraux
- 4 Centres de traitement régionaux et de diagnostic

Troisième niveau de soins : (disponible uniquement à Ulan Bator)

- 1 centre national de traumatologie
- Autres établissements de santé spécialisés : cancer, mère / enfant, ...

Toutes les pathologies graves sont centralisées sur la capitale.

Service d'Urgences/ambulance en voie de structuration.

Antécédents de travaux communs Franco-Mongols

2009 :

Premiers contacts en France d'une équipe de responsables de la santé /urgence de Ulan Bator et de la Sécurité Civile de Mongolie. Une présentation de la DGSC et du GOGIC avait été suivit d'une visite de l'UIISC 1 de Nogent-le-Rotrou, complétée d'une présentation du SDIS 74 avec démonstrations dans plusieurs casernes du département des activités sapeurs-pompiers (incendies, secours routiers), risques chimiques, et Sauvetage Déblaiement à Annemasse, secours à Chamonix, secours aquatiques (lacs, rivières) à Thonon.

2011 :

Une équipe des secours mongols est venue à Annecy et Thonon, pour formation avec le SAMU 74 pour le Secours en Montagne, et GIS 74 pour le Sauvetage-Déblaiement.

2012 :

Une délégation du Nord de la Mongolie, conduite par son gouverneur est venu découvrir notre travail dans le tourisme (lac et montagne), l'agriculture de montagne, l'organisation de nos stations de montagne, la gestion des lacs (Léman (CIPEL), Annecy,.....

Plusieurs stages de chirurgiens, de médecins ont été organisés sur les hôpitaux de Thonon, Annecy, Lyon, Grenoble.

Visite de Mr l'Ambassadeur de Mongolie en Haute Savoie.

Formation par des médecins français, au centre des Urgences de l'hôpital national de traumatologie d'Ulan Bator, des personnels de soins services d'urgence, des blocs opératoire ; formation en chirurgie orthopédique, neurochirurgie.

2015 :

Contacts entre l'Ambassade de Mongolie à Paris et la SFMC dans le but d'organiser un stage de 30 médecins Mongols pour deux semaines à Paris de formation à la médecine de catastrophe. Projet organisé mais abandonné du fait de l'absence de financement.

2017 :

Avec l'appui de l'ambassade de France, formation par la SFMC de 51 personnes dont 40 médecins du 105 de la NEMA (équivalent du SSSM des SDIS), 4 médecins du 103 (équivalent du SAMU), et sept paramédicaux et sauveteurs de la NEMA, venus de tous points de la Mongolie. Les cours ont abordé les grandes généralités de la médecine de catastrophe, les plans NOVI et ORSEC, le Tri et la chaîne de secours dans différents contextes, mais aussi les pathologies spécifiques (le crush-syndrom, blast, amputations de dégagements), les notions plus générales de damage control et de prise en charge des polytraumatisés, les pathologies liées au froid très courantes en Mongolie. Ces exposés se sont déroulés avec le souci de l'échange des pratiques et de l'adaptation aux moyens locaux, sans exclure la découverte de nouvelles techniques, de nouveaux savoir-faire français ou internationaux.

Ces cours ont été alternés par des exposés de spécialistes mongols impliqués dans les secours de catastrophe de la NEMA, la prévention d'analyse des risques mongols sur les inondations, risques sismiques et phénomènes plus spécifiques au pays comme les « DZUD ». Cette semaine d'enseignement réponds à la volonté des autorités de préparer ses acteurs médicaux et paramédicaux à la prise en charge de sa population en cas de catastrophe en Mongolie.

2- Justification et intention générale de la formation

Souvent appelé comme premier intervenant en Médecine de Catastrophe, le médecin de la Sécurité Civile mongole se trouve confronté à des situations qui le sortent de son contexte de travail et de ses repères habituels qui peuvent, d'une certaine manière, être considérés comme sécurisants.

Les victimes en situation de catastrophe obligent le médecin à travailler sous différentes contraintes inhabituelles voire hostiles d'espace (destruction des voies d'accès, effondrement d'immeubles ...), de temps (imposé par la mise en jeu du pronostic vital de nombreuses victimes), de maîtrise difficiles de certaines techniques en situation de catastrophe (ventilation, intubation, voie veineuse, drainage, conditionnement, ...) ainsi que des spécificités médico-légales et éthiques qui l'obligent à intervenir dès lors qu'il est sollicité.

Par ailleurs, le raisonnement intellectuel qui prévaut en médecine de catastrophe est différent de celui habituellement utilisé en médecine d'urgence ou d'exercice habituel : la première privilégie, dans un premier temps, la sauvegarde du nombre maximal de victimes, c'est-à-dire une démarche collective ; l'autre est dans une démarche le plus souvent individuelle.

Une formation à la médecine de catastrophe paraît dès lors nécessaire pour les médecins de la Sécurité Civile mongole.

Mais, plus que de mettre en place des savoirs, cette formation doit rester **pratique** et aider à la mise en action en visant les performances par un apprentissage prenant en compte chaque médecin individuellement et les moyens dont il dispose en Mongolie. Elle doit aussi amener le médecin à réfléchir à sa place dans l'organisation de la chaîne des secours mongoles à laquelle il participe : médecin en zone urbaine ou rurale, médecin institutionnel, etc. Il doit ainsi

être accompagné à connaître le niveau de technicité qui doit être le sien (ex. ventilation au masque ou intubation ?) ce qui l'aidera à mieux composer sa "Trousse d'Urgence", adapté à la population de sa zone géographique et de son pays.

2.1- Le projet de formation d'avril 2018 :

Il concerne 50 personnels de santé et de secours de la région ouest de la Mongolie.

A la demande de la NEMA, la durée du stage serait d'une semaine : du 30 avril au 6 mai.

Le soutien vie des stagiaires et support pédagogique (locaux, déplacements éventuels) est organisé par la NEMA.

Les thèmes retenus concernent également les catastrophes naturelles potentielles locales : séisme (et SD), feux de forêt, Dzud (vague de froid), Inondations à cinétique rapide.

23 cours théoriques, un atelier et un exercice terrain sont prévus.

Quatre enseignants français sont prévus : un officier sapeur-pompier, deux médecins et une infirmière spécialisée.

6 cours sont à effectuer par des spécialistes locaux.

Un contrôle des acquis et une remise de diplôme sont prévus.

2.2- Ses objectifs pédagogiques :

a. Partager l'expérience française de médecine de catastrophe et de son enseignement universitaire :

- Définition et classification des catastrophes,
- Définition et contenu de la médecine de catastrophe,
- Composition de la chaîne des secours et soins pour catastrophe,

b. Connaître les bases du management des catastrophes

- Notions de planification et d'organisation des secours, exemple français,
- Organisation des secours pour ACEL : plan NoVi et AMaVi, notion de DOS, COS, DSM,
- Rôle du premier médecin sur les lieux (pré-DSM) et DSM,
- Organisation des secours pour catastrophe majeure : colonnes de secours : DICA-USAR

c. Faire acquérir savoir faire et savoir être dans les situations sanitaires exceptionnelles

- Apprentissage aux gestes techniques en situation de catastrophe : triage, abord trachéal, oxygénation et ventilation, abord veineux, *Damage control*, analgésie-anesthésie procédurale, drainage, mise en condition d'évacuation...
- Maîtrise des conduites à tenir devant un crush, un blast, une grande hypothermie, une hémorragie extériorisée, des brûlés en nombre,
- Connaître les conséquences de l'exposition au stress, la prévention du STPD.

d. Sensibiliser à l'organisation et la composition transdisciplinaire de la médecine de catastrophe

- Avoir des notions de logistiques et d'organisation des secours sur le terrain : PSM, PRV, PMA, Vecteurs d'évacuation
- Notion de logistique opérationnelle

e. Partager les données récentes en matière de médecine de catastrophe

- Organisation des secours, préparation de l'accueil hospitalier,
- Cas particulier des tueries de masse, principes de décontamination de masse,

2.3- Objectifs secondaires de la formation

Au terme du séminaire, le médecin, devra être capable de prendre en charge la gestion de nombreuses victimes présentant des pathologies relevant de la spécificité de la médecine de catastrophe, incluant les urgences (avérée ou potentielle) médicales ou chirurgicales, dans le contexte particulier de la catastrophe, en attendant l'arrivée des secours nationaux ou internationaux, et sa prise en charge dans une structure sanitaire spécialisée locale ou de médecine de l'avant.

Ces objectifs spécifiques permettront au médecin confronté à une situation de catastrophe, d'être capable de la reconnaître et de la décrire, de l'évaluer, de mettre en place des stratégies de triage et d'organisation des secours, de prendre des décisions et réaliser des choix qui seront transformés en plans d'action, d'effectuer les gestes techniques et les soins nécessaires aux différentes étapes de la prise en charge de la chaîne des secours.

Ainsi, le médecin devra être capable de :

- Participer à la première reconnaissance
- Organiser le tri secouriste
- Choisir l'emplacement du point de rassemblement des victimes et du poste médical avancé
- Réaliser le tri médical à l'entrée du PMA, assumer le rôle de médecin chef PMA, et du médecin évacuation, en lien avec les structures sanitaires existantes
- Connaître les bases de la médecine d'Urgence en situation de catastrophe
- Connaître la ventilation et l'oxygénation du patient en situation de détresse respiratoire (atelier ventilatoire) en situation de catastrophe
- Obtenir un abord veineux satisfaisant (atelier circulatoire) en situation de catastrophe
- Conditionner correctement la victime en vue de son transport vers la structure médicale ou chirurgicale (atelier conditionnement) en situation de catastrophe
- Prendre en charge précocement la douleur (Atelier Analgésie – Sédation) en situation de catastrophe
- Décrire les grands tableaux pathologiques d'urgence en situation de catastrophe les plus fréquents (Atelier Etudes de Cas) et la spécificité de leur prise en charge des principales pathologies médicales et chirurgicales
- Savoir exécuter, dans des situations d'urgence, tous les gestes techniques ordonnés selon un schéma opératoire, dans un temps limité (Atelier Mise en situation) et dans des conditions de catastrophe

3. Méthode d'évaluation

L'évaluation du séminaire porte sur trois aspects :

- L'évaluation des connaissances théoriques
- L'atteinte de la performance par les médecins formés au terme du séminaire face à une situation d'urgence en situation de catastrophe
- La mesure de satisfaction des formés tant dans leur progression au cours du séminaire que dans le contenu et la forme pédagogique du séminaire

Evaluation des connaissances théoriques

Les évaluations sont réalisées à l'arrivée et à la fin du séminaire. Elles permettent d'objectiver la progression au cours de la formation.

Atteinte de la performance

Elle est évaluée sous forme de mises en situation au terme du séminaire. Le médecin doit alors réaliser

- Sur le terrain : un exercice de tri.
- Sur le mannequin:
 - o Analyse sécurité-scène-situation
 - o une évaluation des fonctions vitales
 - o un bilan lésionnel complet
 - o les gestes de survie
 - o les gestes techniques d'urgence adaptés au cas clinique en situation de catastrophe

Ces mises en situation permettent d'évaluer l'acquisition du schéma opératoire et la capacité du médecin à l'appliquer à une situation réelle en situation de catastrophe.

Les principes de l'évaluation respectent les règles essentielles de la formation pour adultes :

- favoriser l'auto évaluation
- signifier et encourager les progrès réalisés
- rassurer dans la pratique professionnelle face à l'urgence collective.

Satisfaction des formés

La satisfaction des formés est évaluée de façon continue au cours du séminaire et fait l'objet d'une synthèse. Cette synthèse est réalisée au cours de la réunion quotidienne des formateurs, dirigée par le coordonnateur pédagogique du séminaire.

Au terme du séminaire, les formés sont invités à remplir un questionnaire de satisfaction. Ce questionnaire fait l'objet d'une synthèse transmise au coordonnateur pédagogique du séminaire et aux formateurs.

4. Organisation pédagogique

L'exécution de l'action, c'est-à-dire la production de gestes, implique la maîtrise des outils et des techniques spécifiques à la médecine d'urgence en situation de catastrophe mais surtout leur intégration sensori-motrice et la mise en œuvre d'un processus cognitif permettant une planification sous forme de schéma opératoire.

Afin d'atteindre ces objectifs, la partie pratique du séminaire est organisée sous forme d'ateliers tournants *Les ateliers répartis en 3 groupes* :

- Les ateliers techniques où les médecins découvrent l'ensemble des matériels propres à l'urgence en situation de catastrophe.
- Les ateliers d'étude de cas cliniques concrets où les médecins élaborent en commun le schéma opératoire adapté à la pathologie présentée en situation de catastrophe.
- Les ateliers de mises en situation individuelle sur mannequin permettant d'appliquer le schéma opératoire à une situation précise et à pratiquer tous les gestes techniques.
- Les mises en situation sont réalisées en temps et espace volontairement limités pour recréer la contrainte du temps qui est celui de l'urgence en situation de catastrophe.
- Les ateliers de mises en situation collective : réalisation du tri secouriste, tri médical, conditionnement de nombreuses victimes,
- Un protocole pédagogique spécifique est mis en œuvre pour chaque atelier avec une conduite ritualisée et la mise en œuvre de plans d'action adaptés aux situations de catastrophe.

Le séminaire médecine d'urgence en situation de catastrophe vise :

- à permettre la réussite de l'action, par des exercices pratiques et des mises en situation,
- à faciliter le développement comportemental rendant ainsi le médecin, apte à prendre en charge une situation d'urgence selon son niveau de compétence et ce, dans le contexte particulier de médecine de catastrophe.

La pédagogie développée au cours du séminaire, organise la formation autour de l'apprentissage. Elle associe le modèle de la médiation et s'organise autour de la relation pédagogique. Le formateur est médiateur et aide l'apprenant à se former : la relation interpersonnelle entre les médecins et les formateurs est l'interface facilitant l'apprentissage.

La formation « Médecine d'Urgence en Situation de Catastrophe » est organisée sous forme de d'un séminaire suivi d'une évaluation. Ce séminaire crée une situation d'immersion et d'isolement pour l'ensemble du groupe. Le climat de neutralité et de convivialité que le séminaire « Médecine d'Urgence en Situation de Catastrophe » instaure, le rend propice à la participation de chacun et facilite les échanges d'expériences. Il aide à la régulation des frustrations par la verbalisation d'expériences douloureuses. L'objectif général est de dynamiser et de donner au médecin formé confiance en lui et en ses capacités à faire face aux situations d'urgence en situation de catastrophe. . C'est la dimension psychopédagogique de la formation.

Méthodologie

Ce séminaire répond à ces attentes en s'appuyant sur une pédagogie de l'action, qui intègre d'une manière originale un ensemble de méthodes participatives et interactives telles que : des ateliers pratiques, la pédagogie par objectifs, la pédagogie de la découverte, la méthode des cas, l'apprentissage par problème, l'apprentissage au raisonnement clinique, la simulation, l'exposé interactif, le raisonnement à haute voix.

5. Déroulé pédagogique

Journée 1	
8 :00	Ouverture de la session
8 h 30 à 9 h	Accueil
9 h à 11 h (plénière)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation du séminaire, des participants et des intervenants ▪ Préparation à la phase d'évaluation ▪ Evaluation initiale par Q.C.M (30 minutes, 30 questions) ▪ Mise en projet et détermination du contrat de formation ▪ Objectifs de la Survie - Examen clinique en situation de catastrophe
11 h à 12 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correction de l'évaluation initiale avec les formateurs référents
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 18 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
14 h à 16 h	<p style="text-align: center;">Atelier VENTILATOIRE MUSC Renforcement des fondamentaux</p> <p>Réaliser ventilation et oxygénation en situation de catastrophe (objectif 2.2.a)</p> <p>A l'issue de cet atelier, le médecin participant doit être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Libérer les voies aériennes dégrafage (col, cravate, ceinture), retrait du casque (développé en conditionnement), bascule prudente de la tête en arrière (en protégeant le rachis), sublaxation de la mandibule, désobstruction "au doigt" de la cavité buccale, aspiration des mucosités, canule de Guédel, position latérale de sécurité, méthode d'Heimlich. ➤ Ventiler le patient bouche à bouche, masque de poche, ballon auto-remplisseur. ➤ Administrer de l'O2 - bouteille d'O2, lunettes, masques (simple, haute concentration, nébuliseur), ballon auto-remplisseur. ➤ Réaliser une "Intubation oro-trachéale" ➤ Décrire les alternatives en cas d'intubation impossible (masque laryngé). ➤ Utiliser un respirateur de transport.
16 h à 16 h 30	Pause
16 h 30 à 18 h 30	<p style="text-align: center;">Atelier CIRCULATOIRE MUSC Renforcement des fondamentaux</p> <p>Obtenir un abord veineux satisfaisant (objectif 2.2.b)</p> <p>A l'issue de cet atelier, le médecin participant doit être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Décrire les indications et les particularités de l'abord veineux en situation d'urgence dans le contexte de la situation de catastrophe. ➤ Lister le matériel technique nécessaire à un abord veineux. ➤ Décrire l'abord veineux périphérique en situation de catastrophe. ➤ Décrire la technique et les particularités de l'abord veineux central. ➤ Décrire la technique et les particularités de l'abord intra-osseux. ➤ Maîtriser les techniques d'accélération du débit de perfusion. ➤ Lister les différents solutés de perfusion et leurs indications. ➤ Décrire les autres voies d'administration possible, utilisables en situation d'urgence en situation de catastrophe (endotrachéale, sublinguale, transrectale, intramusculaire).
18 h 30 à 19 h	Réunion de chaque groupe avec leur référent pédagogique
19 h 00 à 20 h	Réunion des formateurs

Journée 2	
8 h à 12 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
8 h à 10 h	Atelier CONDITIONNEMENT MUSC Mettre en œuvre les techniques de mise en sécurité, d'attente et de conditionnement en vue de son transport vers structure sanitaire en situation de catastrophe (objectif 2.2.c)
	A l'issue de cet atelier, le médecin doit être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser l'extraction d'urgence d'une victime. ➤ Effectuer l'hémostase en situation d'urgence (garrot, pansement compressif, tamponnement, sutures...) selon le principe du damage control ➤ Effectuer le retrait du casque. ➤ Lister et décrire les différents matériels et techniques d'immobilisation. ➤ Réaliser le relevage d'une victime. ➤ Lister et décrire les positions d'attente et de transport. ➤ Assurer la surveillance d'une victime au cours du transport.
10 h à 10 h 30	Pause
10 h 30 à 12 h 30	Atelier ANALGESIE - SEDATION MUSC Prendre en charge la douleur aiguë en situation de catastrophe (objectif 2.2.d)
	A l'issue de cet atelier, le médecin devra être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Décrire le retentissement de la douleur sur la pathologie associée. ➤ Evaluer la douleur en situation de catastrophe. ➤ Poser une indication de sédation-analgésie en fonction du terrain et de la pathologie en situation de catastrophe. ➤ Décrire les techniques de l'analgésie et de la sédation (titration, bloc fémoral) en situation de catastrophe
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 18 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
14 h à 16 h	ATELIER POLYTRAUMATISE MUSC Réaliser la prise en charge médicale d'un polytraumatisme de l'adulte (objectif 2.2.e) en situation de catastrophe
	A l'issue de cet atelier, le médecin participant devra être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Décrire le principe du damage control. ➤ Faire le bilan d'un polytraumatisé. ➤ Réaliser le conditionnement et la stabilisation d'un polytraumatisé en situation de catastrophe. <p>L'étude de cas cliniques, des mises en situation et l'utilisation d'algorithmes aideront à l'atteinte de l'objectif.</p>
16 h à 16 h 30	Pause
16 h 30 à 18 h 30	Atelier PATHOLOGIES SPECIFIQUES DE MEDECINE DE CATASTROPHE Réaliser la prise en charge médicale des crush syndrom, blast, ...de l'adulte (objectif 2.2.e) en situation de catastrophe
	A l'issue de l'atelier, le médecin participant devra être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire une prise en charge du Crush Syndrom, blast et autres pathologies spécifiques de la médecine de catastrophe <p>L'étude de cas cliniques, des mises en situation et l'utilisation d'algorithmes aideront à l'atteinte de l'objectif.</p>
18 h 30 à 20 h	Classification des catastrophes, La médecine de catastrophe, La SFMC
	Organisation des secours pour catastrophe à effets limités : Plan rouge, Plan blanc

Journée 3	
8 h à 12 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
8 h à 10 h	Atelier URGENCES MEDICALES MUSC I
	<p>A partir de cas cliniques concrets, à l'issue de ces ateliers, le médecin doit être capable d'élaborer un arbre décisionnel selon un schéma opérationnel applicable à toutes les situations d'urgence en situation de catastrophe d'après le modèle suivant : évaluation – objectif – stratégie. (objectif 2.2.f)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychotraumatisé, une Crise convulsive, un Etat d'agitation, Inconscient par intoxication chimique environnementale,
10 h à 10 h 30	Pause
10 h 30 à 12 h 30	Atelier URGENCES MEDICALES MUSC II
	<p>A partir de cas concrets, à l'issue de ces ateliers, le médecin doit être capable d'élaborer un arbre décisionnel selon un schéma opérationnel applicable à toutes les situations d'urgence en situation de catastrophe d'après le modèle suivant : évaluation – objectif – stratégie. (objectif 2.2.f)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur thoracique, Détresse respiratoire par noyade en situation de catastrophe, Asthme aigu grave, Accouchement en situation de catastrophe
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 18 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
14 h à 16 h	Atelier de MISE en SITUATION MUSC
	<p>A l'issue des ateliers de mise en situation, le médecin participant, confronter à des situations d'urgence, devra être capable :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D'exécuter des gestes techniques ordonnés selon un schéma opératoire. La prise en charge est limitée dans le temps et filmée. De corriger ses erreurs en s'observant dans l'action pour mieux se connaître (intervention filmée, grille de lecture). De réaliser un bilan téléphonique complet ➤ De hiérarchiser les priorités pour assurer une prise en charge optimale quelle que soit la complexité de la situation clinique rencontrée, développant ainsi ses capacités de transfert. (objectif 2.2.g) ➤ Accouchement en situation de catastrophe, Asthme aigu grave, Inconscient qui convulse
Troisième Journée : Mercredi (suite)	
16 h à 16 h 30	Pause
16 h 30 à 18 h 30	Atelier TRI
	<p>Connaitre le TRI SECOURISTE START et Réaliser un TRI MEDICAL en situation de catastrophe (objectif 2.2.h)</p>
	<p>A l'issue de l'atelier, le médecin participant devra être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un tri médical en identifiant les principales pathologies (évaluation par grille internationale) à l'entrée d'un poste médical ➤ Organiser la prise en charge priorisée et la mise en condition des victimes au sein du poste médical en deux zones (UA, UR) ➤ Organiser une évacuation de victimes conditionnées dans les structures sanitaires et avec les moyens d'une situation de catastrophe
18 h 30 à 20 h	Principes du SD (GOC, PATRACDR, DPIF, OPT, Reconnaissance, mesures de sécurité sur site, Marquage, signaux sonores, lieux de survie, recherche de personnes ensevelies

Journée 4	
8 h à 12 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
8 h à 10 h	Atelier URGENCES MEDICALES MUSC III
	A partir de cas cliniques concrets, à l'issue de ces ateliers, le médecin participant doit être capable d'élaborer un arbre décisionnel selon un schéma opérationnel d'après le modèle suivant : évaluation – objectif – stratégie. (objectif 2.2.f) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Choc circulatoire par déshydratation Hypothermie, gelures, Brûlures, Noyade par inondation,
10 h 00 à 10 h 30	Pause
10 h 30 à 12 h 30	Atelier URGENCES TRAUMATIQUES MUSC I
	A partir de cas cliniques concrets, à l'issue de ces ateliers, le médecin participant doit être capable d'élaborer un arbre décisionnel selon un schéma opérationnel applicable à toutes les situations d'urgence d'après le modèle suivant : évaluation – objectif – stratégie. (objectif 2.2.f) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseveli, Crush syndrom, Traumatisme thoracique, de l'abdomen et du bassin.
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 18 h 30	ATELIERS : travail en sous-groupes ; rotation des groupes dans les différents ateliers
14 h 00 à 16 h 00	Atelier de MISE en SITUATION MUSC
	A l'issue des ateliers de mise en situation, le médecin participant, confronter à des situations d'urgence, devra être capable : <ul style="list-style-type: none"> ➤ D'exécuter des gestes techniques ordonnés selon un schéma opératoire. La prise en charge est limitée dans le temps et filmée. ➤ De corriger ses erreurs en s'observant dans l'action pour mieux se connaître (intervention filmée, grille de lecture). ➤ De réaliser un bilan téléphonique complet ➤ De hiérarchiser les priorités pour assurer une prise en charge optimale dans toute situation complexe (objectif 2.2.g) Mise en situation urgences médicales MUSC II <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crush syndrom, Brûlure, Blast
16 h à 16 h 30	Pause
16 h 30 à 18 h 30	Atelier URGENCES TRAUMATIQUES MUSC II
	A partir de cas cliniques concrets, à l'issue de ces ateliers, être capable d'élaborer un arbre décisionnel d'après le modèle suivant : évaluation – objectif – stratégie. (objectif 2.2.f) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traumatisme crânien, Traumatisme maxillo-facial, Traumatisme rachidien, Traumatisme des membres ; amputation d'urgence
18 h 30 à 20 h	Triage – Atelier triage

Journée 5	
8 h à 12 h 30	I - ATELIER DE MISE EN SITUATION MUSC
8 h à 10 h	Exposition au stress, Syndrome post traumatique et sa prévention Principes de prise en charge des victimes exposées au stress, CUMP Stress et Sauveteurs
10 h à 10 h 30	Pause
10 h 30 à 12 h 30	Préparation de l'accueil hospitalier et organisation de l'hôpital Plan blanc, plan AMaVi, Apport de la régulation médicale et urgence collective
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 16 h 15	II – EVALUATION du SEMINAIRE MUSC
14 h à 15 h 15	Evaluation par Q.C.M - Réalisation - Correction du test
15 h 15 à 16 h 15	Evaluation globale du séminaire - Questionnaire d'opinion - Questions et appréciations diverses
16 h 15 à 16 h 30	Remise des attestations de participation
16 h 30 à 18 h 30	Débriefing et synthèse des formateurs

6. Ressources humaines

Tous les formateurs sont des médecins et infirmiers ayant la double expérience de la prise en charge des urgences en situation de catastrophe et de la pédagogie utilisée en formation pour adulte. Ils sont désignés pour ce stage par le directeur pédagogique le médecin général (2s) Henri JULIEN.

Ces médecins formateurs sont des médecins ou infirmiers de catastrophe qui maîtrisent parfaitement les apports théoriques, les gestes techniques et les schémas opératoires de prise en charge des pathologies à partir des réunions de consensus internationales. Ils sont initiés à la pédagogie inter-active et encadrés.

Lors des ateliers, les médecins intervenants assurent le suivi pédagogique d'un groupe de 8 médecins ou infirmiers environ. Ils animent les réunions de synthèse avec les stagiaires et participent aux réunions où la progression de chaque médecin stagiaire est évaluée. Des difficultés pour un apprenant peuvent entraîner un suivi et une aide personnalisée décidée par l'ensemble de l'équipe pédagogique.

Les intervenants du stage 2018 :

Un responsable pédagogique et 3 experts-formateurs :

- Coordinateur du projet : médecin général (2s) Henri JULIEN, Anesthésiste réanimateur, président de la société française de médecine de catastrophe,
- Experts-formateurs :
 - Médecin commandant (r) Yves Prunier, Spécialiste d médecine en haute montagne et en situation exceptionnelle, membre de la SFMC
 - Médecin commandant Magali Jeanteur, Urgentiste, Certifiée INSARAG, membre du CA de la SFMC,
 - Infirmière diplômée d'Anesthésie-urgence Agnès Delaval, membre du CA de la SFMC.