

Urgence médico-psychologique Module 4 (Annexe 6)

FICHE 12

Public visé : Personnels et professionnels de santé des cellules d'urgence médico-psychologique

Prérequis : Module « urgences collectives et situation sanitaire exceptionnelle » de l'AFGSU 1 ou 2

OBJECTIFS

- Connaître l'organisation des secours et l'aide médicale urgente (AMU) dans les différents types d'événements (catastrophe, attentats, événement à fort retentissement psychologique collectif, etc.) et l'organisation de la réponse à l'urgence médico-psychologique
- Connaître le stress et la pathologie psycho traumatique
- Savoir intervenir en tant que professionnel de la CUMP en immédiat et en post-immédiat en s'intégrant dans le dispositif d'urgence médico-psychologique mis en œuvre
- Savoir prendre en charge les victimes, les familles et les proches dès la survenue de l'événement
- Savoir les orienter et être en lien avec les autres professionnels concernés
- Savoir où et quand intervenir en fonction de la spécificité des risques (NRC, REB, AMAVI, ...) et le retentissement des pathologies et des soins requis sur les victimes
- Savoir assurer la traçabilité des patients (SINUS /SIVIC) et connaître les principes d'identito-vigilance
- Connaître les principes de l'information des proches des victimes et de l'annonce des décès

METHODES PEDAGOGIQUES

La formation est centrée sur une pédagogie active et des supports multimédias.

- Cas cliniques
- Ateliers pratiques
- Apports théoriques

MODALITES ET DELAIS D'ACCES

- Accès après validation de la fiche d'inscription
- Session de formation limitée à **12 participants**
- Délais 3 à 6 mois

CONTENU

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038730202> Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

<https://ancesu.fr/wp-content/uploads/2024/02/Note-technique-formation-SSE-v17022024.pdf>

MODALITES D'EVALUATION

- Évaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- Présence conditionnant la validation
- Recueil de satisfaction des stagiaires

INTERVENANTS

- Dr Antoine Bray

INDICATEURS DE RESULTATS Formation 2025

Taux de satisfaction global : **96,2%**

DURÉE

14h

MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

Formulaire d'inscription à compléter ci-dessous

Clôture des inscriptions :

La liste des participant(e)s retenu(e)s pour la formation sera constituée au fur et à mesure de la réception des inscriptions

DATES DE LA FORMATION

**7-8 avril 2026
5-6 octobre 2026**

TARIFS

Coût de formation par agent :

300€

LIEU DE FORMATION

CESU 37

PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.chu-tours.fr/ecoles-du-chru-de-tours/cesu37/>

CONTACT

SECRÉTARIAT CESU37 –

☎ : 02.47.47.76.15 ou 7 76 16

✉ : cesu37@chu-tours.fr Accessibilité aux personnes en situation de handicap



Formulaire d'inscription		Fiche
Madame ☐	Monsieur ☐	
Nom de naissance :	Nom d'usage :	
Prénom :		
Date de naissance :	Lieu et département de naissance :	
Coordonnées personnelles		
Adresse :	Code postal :	
	Commune :	
Téléphone :	Mail :	
Coordonnées professionnelles		
Nom de l'employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone :		
Service actuel :	Fonction exercée :	
Correspondant formation continue		
Nom du correspondant :	Qualité :	
Téléphone :	Mail :	
Téléphone professionnel :	Mail professionnel :	



Titre de formation

Motivations, attentes et besoins particuliers :

Date souhaitée :

2^{ème} choix possible :

Diplômes professionnels et dates de leurs obtentions

Pour les recyclages fournir obligatoirement la copie de l'afgsu

Handicap et PMR

Les personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser au référent handicap de la DRHE, monsieur Mikael Cheptou par courriel : m.cheptou@chu-tours.fr ou par téléphone : 02 47 47 97 50 ou au secrétariat du CESU au 02 47 47 76 15 / 02 47 47 76 16 ou par courriel : cesu37@chu-tours.fr

Fiche de prise en charge financière des formations continues

(A compléter obligatoirement)

Prise en charge financière par :

- ☐ votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)
- ☐ vous-même
- ☐ autres

Fait à, le.....

Signature apprenant,

signature organisme financeur,

