POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

DOSSIER D'INSCRIPTION
ANNEE 2027

FORMATION
AUXILIAIRE AMBULANCIER

4 SESSIONS DE FORMATION :

1- DU 08 AU 24 MARS 2027

2- DU 07 AU 23 JUIN 2027

3-

4-

Contact : *POIRIER Anne* ☎ **02 99 28 93 07**
✉ : anne.poirier@chu-rennes.fr
Site internet : www.pfps-churennes.bzh

CHU Pontchaillou
Bâtiment Instituts de Formation
2 rue Henri le Guilloux - 35033 RENNES Cedex

Institut de Formation des Ambulanciers

FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER 2027

IDENTITE

Nom de naissance :……Nom d'usage : ……

Prénom : ……

Date et lieu de naissance : ……

Adresse : ……

CP : ……Ville : ……

Téléphone fixe :……Téléphone portable :……

E-mail : ……

SITUATION PROFESSIONNELLE

❑ Salarié dans une entreprise de transport sanitaire

❑ Salarié dans un autre secteur, précisez ……

❑ Demandeur d'emploi, précisez votre numéro d'identifiant……

❑ Autre, précisez……

FINANCEMENT (frais de formation 900 €)

Sous réserve des tarifs en vigueur à la date de démarrage de la formation

Modalités de financement envisagées :

❑ Employeur, précisez le nom……

❑ France Travail

❑ Personnel

❑ Autres, précisez……

NB : cette formation n'est à ce jour plus éligible au Compte Personnel de Formation (CPF)

CHOIX DES DATES DE FORMATION

❑ Session 1 : du 08 au 24 mars 2027
❑ Session 2 : du 07 au 23 juin 2027

PRESENTATION DE LA FORMATION

Définition du métier

L'auxiliaire ambulancier sous la responsabilité de l'ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

Conditions d'admission en formation

Aucun niveau de formation n'est exigé pour suivre cette formation et l'accès à la formation n'est pas soumis à une épreuve de sélection.

Pour entrer en formation, l'IFA de Rennes demande les documents suivants :

- permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité ;

- attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route ;

- certificat médical de non-contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé ARS (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...) ;

- certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;

La formation :

Objectifs pédagogiques

A l'issue de la formation,

L'élève auxiliaire ambulancier sera capable :

- De collaborer au « prendre soin » de patients avec différents professionnels de santé ou médico-sociaux en respect des règles et des valeurs professionnelles
- De réaliser un bilan clinique
- De mettre en œuvre les gestes de secours et d'urgence adaptés à la situation du patient dans le respect des règles de sécurité et de confort et de réaliser un appel d'alerte au centre 15
- D'appliquer les principes d'ergonomie et de manutention lors des mobilisations, des aides à la marche et des déplacements pour les patients
- D'assurer la sécurité du transport sanitaire en vous exerçant à la conduite et aux manœuvres d'une ambulance

L'élève auxiliaire ambulancier connaîtra :

- Les principes à respecter en hygiène lors des transports sanitaires
- Les bases de la communication professionnelle avec les patients et leur entourage
- Les particularités du code de la route pour les véhicules sanitaires
- Les bases de la réglementation du travail dans le cadre de sa convention métier

Programme de la formation

70 heures de formation théorique et pratique + 21 heures de formation AFGSU2 en regard de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

Formation à temps plein, du lundi au vendredi inclus de 8h30 à 16h30, sur la base de 35 heures par semaine.

Compétences	Volume horaire
Apprécier l'état clinique d'un patient et assurer les gestes adaptés à l'état du patient	14 heures
En situation d'urgence assurer les gestes adaptés à l'état du patient (**A**ttestation de **F**ormation aux **G**estes et **S**oins d'**U**rgence niveau 2)	21 heures
Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections	7 heures
Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients	24 heures 30
Etablir une communication adaptée au patient et son entourage et rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins	14 heures
Assurer la sécurité du transport sanitaire	3 heures 30
Organiser son activité professionnelle dans le respect des règles et des valeurs de la profession	7 heures

Nombre de places par session : 25

Validation de la formation :

L'évaluation des compétences acquises se fera sur :

- Un contrôle continu d'évaluations des pratiques au cours de mises en situations de soins d'urgence et de manutention
- Un contrôle écrit sur des connaissances théoriques qui portera sur l'ensemble des thèmes enseignés

A l'issue des épreuves de validation des compétences, il sera délivré au stagiaire :

- Une attestation de formation d'Auxiliaire Ambulancier
- Une attestation de formation de gestes et soins d'urgence niveau 2 (AFGSU 2)

Si les objectifs ne sont pas validés au cours des 91 heures, l'élève auxiliaire ambulancier devra suivre tout ou partie d'une deuxième session.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

❑ Fiche d'inscription complétée

❑ Photocopie de la carte d'identité (recto verso)

❑ Photocopie du permis de conduire B (recto verso) conforme à la législation en vigueur et en état de validité (hors période probatoire jeune conducteur ou non)

❑ Photocopie de **l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance** ou la photocopie du **formulaire cerfa n°14880*02** après examen médical effectué par un médecin agrée par la préfecture, dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route.

Liste des médecins agrées par la préfecture consultable sur le site de la préfecture de votre département : cliquer sur « démarches administratives », puis « permis de conduire-visite médicale ».

❑ **Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agrée ARS** (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession) **Annexe 1**

Liste consultable sur le site de l'ARS Bretagne : cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville et à l'hôpital », « les médecins agrées ».

❑ **Certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France **Annexe 2**

Pour rentrer en formation, vous devez être immunisé(e) contre l'hépatite B et non pas en cours de vaccination

Le dossier doit être renvoyé, complet, à l'adresse suivante :

Institut de Formation des Ambulanciers
Hôpital Pontchaillou
2 rue Henri le Guilloux - 35033 RENNES CEDEX 9

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte et renvoyé à l'expéditeur.

Les inscriptions sont retenues par ordre d'arrivée.
Si la session que le candidat a choisie est complète, il lui sera proposé une autre date.

ANNEXE 1

POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e), Docteur ……, médecin agréé par l'ARS, atteste que ……., ne présente pas de contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre….).

Date :

Cachet et signature du médecin agrée par l'ARS

Signature :

Liste des médecins agrées consultable sur le site de l'ARS Bretagne : cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville et à l'hôpital », « les médecins agrées ».

ANNEXE 2

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur ……
Certifie que : Nom de naissance …… Nom d'usage ……
Prénom : ……. Né(e) le…../……../……
En formation de : **……**

Est immunisé(e) :

- **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE** :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

- **Contre l'HEPATITE B,** selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : (*rayer les mentions inutiles*)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	**oui**	**non**
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	**oui**	**non**
- Nécessitant un avis spécialisé	**oui**	**non**

- **Par le BCG*** ☐ **OUI** ☐ **NON**

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	**Date du vaccin**	**N° lot**

Un arrêté du 27 février 2019 **a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.*

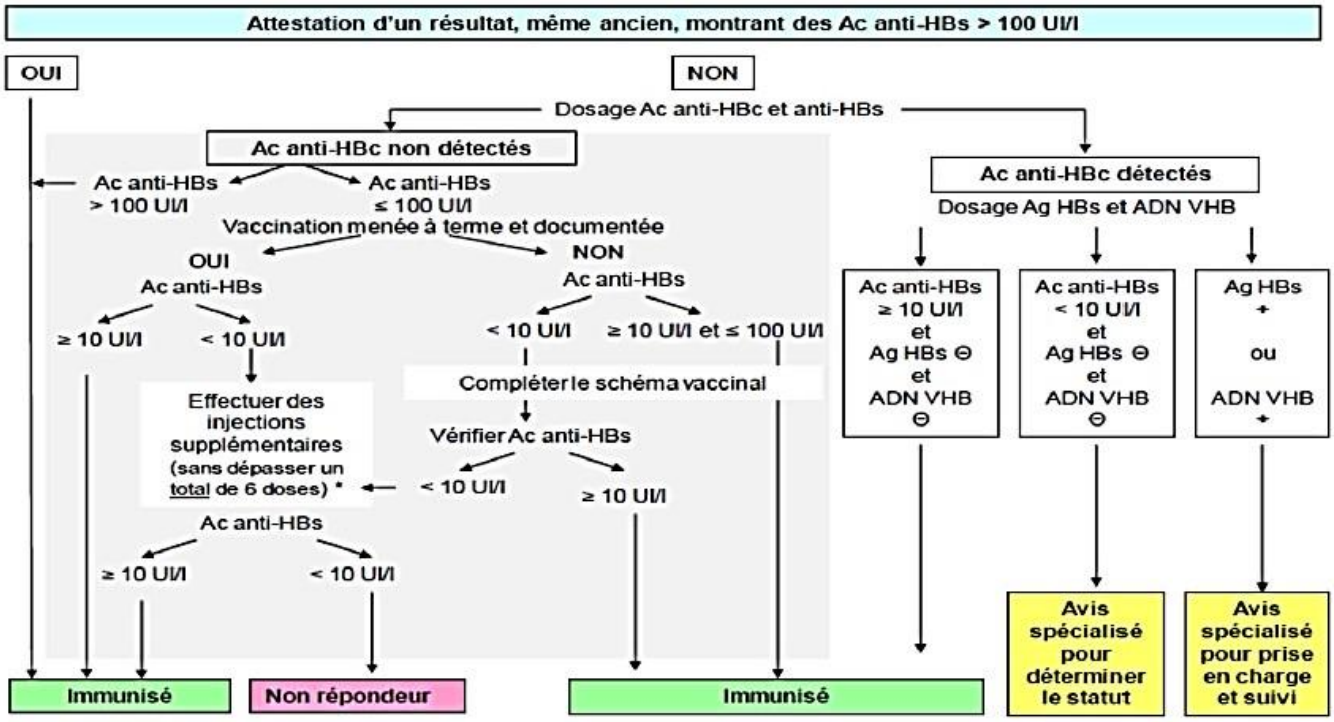
IDR à la tuberculine*	**Date**	**Résultat (*en mm*)**

L'IDR de référence est **obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

*Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.*

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- **Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).**
- **Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).**
- **Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.**
- **Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.**
- **Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).**
- **Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.**

- **Calendrier vaccinal en vigueur (cf.www.vaccination-info-service.fr)**