

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE  
ET SOCIAL DU LANGUEDOC-ROUSSILLON  
INSTITUT DE FORMATION L'OLIVIER  
2160, Chemin du Bachas - 30000 NÎMES

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES  
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER



**L'EXPÉRIENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE  
PAR L'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER**

Arnaud SERRE  
Étudiant en Soins Infirmiers  
Promotion 2011/2014

Sous la guidance de Mme M.-P. SANCHE

I.R.F.S.S. Croix-Rouge française Nîmes  
Année étudiante 2013/2014

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE  
ET SOCIAL DU LANGUEDOC-ROUSSILLON  
INSTITUT DE FORMATION L'OLIVIER  
2160, Chemin du Bachas - 30000 NÎMES

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES  
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER



Crédit photo : Mathieu Chauveau

**L'EXPÉRIENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE  
PAR L'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER**

Arnaud SERRE  
Étudiant en Soins Infirmiers  
Promotion 2011/2014

**Sous la guidance de** Mme M.-P. SANCHE

I.R.F.S.S. Croix-Rouge française Nîmes  
Année étudiante 2013/2014

*"La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat"*

Kofi ANNAN

Extrait d'un discours à l'Assemblée générale de l'O.N.U. prononcé le 24 septembre 2001

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier, Mme Marie-Pierre Sanche, Cadre de santé formateur de la Croix-Rouge Française de Nîmes, qui a eu la patience de me guider tout au long de cette troisième année d'études d'infirmiers, pour la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Je remercie monsieur Paul Ribelles, infirmier d'encadrement du Service de Santé et de Secours Médical du Gard pour son soutien et ses conseils avisés.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des I.S.P. du Gard pour la qualité de leur encadrement durant mon stage, et pour leur passion de leur métier qu'ils ont su me faire partager.

Je tiens ensuite à remercier mes parents pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve depuis que j'ai décidé de m'engager dans cette voie. Merci pour le soutien financier, moral, psychologique et matériel. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à vous !

Je tiens ensuite à adresser toute ma reconnaissance à mes ami(e)s : Greg', Charly, Ludi', Marie, Audrey, Fanny, Yohan, Kévin, Jo', Roxane, Ju', Sophie, Megg', Clem', Julie, Myriam, Mathieu, Léo...et j'en oublie encore, qui ont su être là dans les bons comme dans les moments difficiles de ces trois années et qui m'ont permis d'avancer dans la direction qu'est la mienne à ce jour.

## Cadre légal

---

Le référentiel de formation stipule que l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier passe par l'acquisition de 180 E.C.T.S. (European Credits Transfer System). Ceux-ci étant acquis à la suite de la validation des différentes Unités d'Enseignements. Ce mémoire de fin d'études correspond aux Unités d'Enseignements suivantes :

- U.E. 3.4 - S6 - Initiation à la démarche de recherche.
- U.E. 5.6 - S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.
- U.E. 6.2 - S6 - Anglais qui sera validée par la rédaction de l'abstract de ce travail.

Il est précisé dans le référentiel que lors de l'enseignement de l'U.E. 5.6, l'étudiant apprend à analyser sa pratique professionnelle au regard notamment, de l'évolution des sciences et des techniques. Ceci passe par l'identification et l'utilisation des ressources documentaires, des travaux de recherche, des bases de données actualisées et des données contenues dans les publications scientifiques et/ou professionnelles.

Par le biais du Mémoire de Fin d'Etudes sur un sujet d'intérêt professionnel, qui devra être argumenté oralement, l'étudiant devra analyser une question relevant des soins, la mettre en problème, l'explorer, en faire une étude critique, formuler des hypothèses voire des propositions de solutions ou de poursuite de l'exploration.

## Avant-propos

---

Bien que la profession infirmière soit essentiellement représentée par des femmes, les termes relatifs aux professionnels de santé seront déclinés au masculin. Ceci afin de faciliter la lecture.

# Glossaire

---

Vous trouverez ici l'explication des différents sigles et abréviations contenus dans ce mémoire de fin d'étude.

A.C.R. :	Arrêt Cardio-Respiratoire
C.O.D.I.S. :	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
C.R.R.A. :	Centre de Réception et de Régulation des Appels
C.S.P. :	Code de Santé Publique
C.T.A. :	Centre de Traitement de l'Alerte
E.N.S.O.S.P. :	École Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers
F.I.A. :	Formation Initiale d'Application
F.M.A. :	Formation de Maintien des Acquis
I.A.D.E. :	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
I.B.O.D.E. :	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
I.D.E. :	Infirmier Diplômé d'État
I.S.P. :	Infirmier Sapeur-Pompier
I.S.P.P. :	Infirmier Sapeur-Pompier Professionnel
I.S.P.V. :	Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire
M.S.P. :	Médecin Sapeur-Pompier
O.S.S. :	Officier du Service Santé
P.I.S.U. :	Protocole Infirmier de Soins d'Urgence
S.A.M.U. :	Service d'Aide Médicale Urgente
S.A.P. :	Secours À Personne
S.D.I.S. :	Service Départemental d'Incendie et de Secours
S.I.S. :	Service d'Incendie et de Secours
S.M.U.R. :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
S.R.O.S. :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
S.S.O. :	Soutien Sanitaire aux Opérations
S.S.S.M. ou 3 S.M. :	Service de Santé et de Secours Médical
V.L.I. :	Véhicule de Liaison Infirmier
V.R.M. :	Véhicule Radio Médicalisé
V.S.A.V. :	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

# Sommaire

---

Introduction.....	1
I. Situations d'appel et questionnement .....	2
II. Cadre contextuel.....	5
1. Secours à personne et Aide Médicale d'Urgence en France.....	5
1.1 La réponse hospitalière à l'urgence .....	5
1.1.1 Les missions du S.A.M.U. ....	5
1.1.2 Le S.M.U.R. ....	6
1.2 Les S.D.I.S. ....	6
1.2.1 Le Service de Santé et de Secours Médical.....	7
2. Les I.S.P. au sein des S.S.S.M. ....	9
2.1 Cadre législatif .....	9
2.2 Missions de l'I.S.P. au sein des S.S.S.M. ....	10
2.2.1 Départ d'un I.S.P. sur une intervention .....	12
2.3 Les Protocoles de Soins d'Urgence .....	12
2.3.1 Définition.....	12
2.3.2 Cadre législatif.....	12
2.3.3 Limites des protocoles .....	13
2.4 Formation initiale des I.S.P. ....	15
III. Cadre conceptuel .....	17
1. Le concept de compétence.....	17
2. Le concept d'expérience .....	19
IV. Hypothèse.....	22
V. Enquête.....	23
1. Méthodologie .....	23
1.1 Choix de la méthode.....	23
1.2 Choix de la population et du terrain.....	24
1.3 Construction de l'outil de recherche.....	24
2. Analyse interprétative.....	24
VI. Synthèse du cheminement de la réflexion.....	28
Conclusion .....	29
Références bibliographiques .....	30

Annexes .....	32
Annexe I : Organisation(s) et missions du S.D.I.S. ....	32
Annexe II : Grades des infirmiers Sapeurs-Pompiers .....	32
Annexe III : Modèle d'acquisition des compétences selon Hubert L. Dreyfus et Stuart Dreyfus.	33
Annexe IV : Le cycle d'apprentissage de David Kolb .....	33
Annexe V : Guide d'entretien .....	34
Annexe VI : Autorisation d'enquête auprès des I.S.P. du Service de Santé du Gard .....	36
Annexe VII : Entretien numéro 1 : Réalisé le 15 avril 2014 .....	37
Annexe VIII : Entretien numéro 2 : Réalisé le 24 avril 2014.....	40
Annexe IX : Entretien numéro 3 : Réalisé le 2 mai 2014 .....	47
Annexe X : Entretien numéro 4 : Réalisé le 7 mai 2014.....	52
Annexe XI : Grille de dépouillement.....	60
Résumé/Abstract .....	63

## **Introduction**

J'ai pu me questionner plusieurs fois au cours de mes études sur ce qui faisait d'un infirmier un "bon" infirmier et sur celui que je voulais être. Après de longs moments d'hésitations sur le choix de mon thème, j'ai voulu m'investir pour la rédaction de ce mémoire dans un sujet qui m'interpelle et qui servira à me faire progresser dans ma pratique professionnelle.

J'ai choisi d'aborder un sujet concernant un thème dans lequel je souhaite évoluer à la suite de l'obtention de mon D.E : celui de l'urgence, car j'ai souvent été intéressé par ce milieu. Je me suis maintes fois interrogé sur le personnel, leurs conditions de travail, les différentes prises en soins, etc. et j'ai également aspiré, étant plus jeune, à être à leur place. Objectif qui a peu à peu pris une place grandissante tout au long de ma formation.

Un de mes projets professionnel étant de devenir I.S.P.V., c'est donc tout naturellement que je me suis positionné sur deux situations rencontrées lors de mon stage au S.S.S.M. du S.D.I.S. 30, dans le cadre d'une des missions de l'I.S.P. C'est pourquoi ce sujet me tient à cœur et me permettra d'approfondir ma réflexion, mon analyse, mes connaissances et favoriser le développement de ce que j'espère être, ma future orientation professionnelle afin d'espérer d'être à-même de réagir en situation d'urgence et de pouvoir évoluer dans ce milieu.

Lorsque j'ai débuté ce mémoire de fin d'études, j'ai rencontré de la difficulté à déterminer vers quelle direction m'orienter. Je ne savais pas vraiment quelles notions ou valeurs, je voulais mettre en avant. Et comme une évidence, à travers cet écrit, j'ai souhaité mettre l'accent sur l'importance de l'expérience dans la pratique professionnelle quotidienne et sur ce que cela nous apporte dans l'exercice de nos fonctions.

J'aborderai ce mémoire par mes situations d'appel, bases m'ayant servi à l'élaboration de mon questionnement. J'exposerai ensuite dans une première partie le fruit de mes recherches exploratoires où je définirai au travers du cadre contextuel l'Aide Médicale d'Urgence, le Service Départemental d'Incendie et de Secours, ainsi que le personnel infirmier travaillant au sein du Service de Santé et de Secours Médical. De cette partie découlera ma question départ.

Puis, dans un deuxième temps, je m'attarderai sur le cadre conceptuel en définissant certaines notions qui me paraissent importantes pour ce sujet tel que le concept de compétence et d'expérience. Cela me permettra de vous exposer mon hypothèse de travail.

Ensuite, je tenterai d'apporter des éléments de réponses à mon hypothèse. Pour cela, je déterminerai ma méthode de recherche puis analyserai les résultats obtenus en lien avec mes deux premières parties afin de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse de départ.

Enfin, je présenterai une synthèse de mon Mémoire de Fin d'Etudes ainsi que mon positionnement personnel au travers de ma conclusion.

## **I. Situations d'appel et questionnement**

Pour débiter mon mémoire, j'ai fait le choix de décrire deux interventions qui se sont déroulées durant mon stage au Service de Santé et de Secours Médical du Service d'Incendie et de Secours du Gard au semestre 5.

Cela faisait trois semaines que mon stage avait débuté et j'étais de garde ce jour-là au C.O.D.I.S. avec un I.S.P.V. travaillant au S.A.M.U. dans le civil et un médecin sapeur-pompier professionnel. La garde avait été calme ce jour-là, et l'I.S.P. m'avait longuement explicité la prise en charge d'une victime en arrêt cardio-respiratoire. En fin de journée, nous "décalons" pour un A.C.R. à domicile. Il s'agit de mon premier arrêt en préhospitalier. Assez rapidement pour moi, le stress est mélangé à l'excitation, dans la V.R.M., le médecin et l'infirmier semblent assez détendus. Nous arrivons sur les lieux, dans un quartier résidentiel. Le médecin se hâte de rejoindre les sapeurs-pompiers déjà sur place, pendant que l'infirmier et moi-même récupérons le matériel d'intervention. L'infirmier pose rapidement un cathéter veineux périphérique et me demande de scoper la victime à l'aide du Corpuls<sup>®1</sup>. Pendant que je monitore la victime allongée sur sa terrasse, les pompiers se relaient au massage. J'essaie surtout de ne gêner personne, mes gestes sont hésitants mais je finis de faire ce que l'on m'a demandé pendant que le médecin intube la victime et que l'infirmier passe les différentes thérapeutiques. Je pose le capteur de capnographie, et je tiens la poche de soluté le plus haut possible, et me mettant légèrement en retrait, j'observe et j'attends que l'on me donne des directives si nécessaire. Le médecin me demande si je sais masser, et si je me sens capable de relayer les pompiers. J'acquiesce. Après plus de quarante minutes de réanimation, le médecin finit par déclarer le décès. Nous recouvrons le corps de la victime d'un drap en attendant l'arrivée de la gendarmerie et des pompes-funèbres puis nous rangeons le matériel. Sur le retour, le médecin et l'infirmier me font un débriefing.

---

<sup>1</sup> Défibrillateur externe semi-automatique avec moniteur multiparamétrique.

Vingt jours plus tard, je suis dans ma dernière semaine de stage, et je suis intervenu sur un autre infarctus. Ce jour-là, départ pour un A.C.R. sur un homme de 53 ans. L'ambiance dans la V.R.M. est tendue. Je suis en compagnie d'une I.S.P.V. travaillant au S.A.M.U. dans le civil et d'un médecin sapeur-pompier volontaire. Nous roulons jusqu'au V.S.A.V. arrêté sur le bord de la route. La victime est sur le brancard, les pompiers ont posé le défibrillateur semi-automatique et sont en train de masser. Nous nous retrouvons à cinq dans le V.S.A.V. (le médecin, l'infirmière, un sapeur-pompier en train de masser, un autre qui "ballonne" et moi-même), il est quasiment impossible de se déplacer. Cette fois-ci, je sais ce que je peux faire et ce que chacun doit faire, aussi, je monitore la victime le plus rapidement possible. Je me sens plus à l'aise. Le médecin tente difficilement d'intuber, mais réussit finalement à y arriver. J'ai l'ampoulier à disposition, et je peux ainsi préparer les drogues à la demande du médecin et de l'infirmière. Cela fait plus de trente minutes que nous sommes dans l'ambulance, et un seul choc a été délivré. Je demande aux pompiers qui se relaient au massage s'ils souhaitent que j'en remplace un. Ils acceptent et nous nous contorsionnons pour que je puisse trouver une position pour masser. Toujours pas de reprise de l'activité cardiaque. Après encore un quart d'heure de massage, le décès est déclaré.

De cette situation naissent quelques interrogations :

- En quoi les compétences de l'I.S.P. sont-elles importantes dans la gestion de la situation d'urgence ?
- En quoi l'autonomie de l'I.S.P. en préhospitalier est-elle liée à ses compétences ?
- Quelle est la plus-value apportée par l'I.S.P. en situation d'urgence ?
- Les formations d'I.D.E. puis d'I.S.P. offrent-elles les compétences nécessaires à la gestion de ces situations dites d'urgence ? Qu'est-ce qu'une compétence ? Comment sont-elles appliquées en situation d'urgence ? Peuvent-elles être amenées à évoluer avec l'expérience ?
- Quelle est l'autonomie qu'à l'infirmier dans ce contexte ? Et qu'est-ce que cela lui permet ?
- Les divers milieux d'où proviennent les I.S.P. (S.M.U.R., urgences, I.A.D.E., réanimation, libéral) apportent-ils une plus-value quant à la P.E.C. de la victime ?
- En quoi les infirmiers sapeurs-pompiers représentent-ils une plus-value dans la prise en charge de l'urgence préhospitalière ?

Autant de questions qui ont orientées mes diverses recherches et lectures, à la suite de quoi, j'ai pu définir la question de départ de Mémoire de Fin d'Études :

**En quoi la bivalence infirmier/sapeur-pompier est-elle une plus-value dans la prise en charge de l'urgence préhospitalière pour la victime ?**

## II. Cadre contextuel

### 1. Secours À Personne et Aide Médicale d'Urgence en France

L'Aide Médicale Urgente est définie par le Code de la Santé Publique en l'article L. 6311-1<sup>2</sup>. La chaîne de secours et d'aide médicale française possède trois spécificités<sup>3</sup> qui font son originalité. Elle fonde son efficacité sur :

- La participation des sapeurs-pompiers aux premiers secours : Ce sont les premiers acteurs du secours et contribuent à la couverture de proximité du territoire.
- La régulation médicale des appels (Centre-15) par un médecin qui permet une adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale.
- La médicalisation et la réanimation préhospitalière en urgence des patients chaque fois que nécessaire pour garantir la meilleure qualité de la prise en charge.

Ce dernier point repose sur un principe propre à la France : celui du "*stay and play*" (d'abord stabiliser, transporter ensuite : c'est l'hôpital qui se déplace vers le "patient-victime") ; contrairement au modèle anglo-saxon : le "*scoop and run*" (c'est-à-dire emmener la victime le plus rapidement possible dans une structure hospitalière pour qu'elle puisse recevoir des soins appropriés).

Il y a d'autres acteurs participants à cette organisation, en plus des sapeurs-pompiers et du S.A.M.U. néanmoins, dans le cadre de ce travail de recherches, je ne m'intéresserai qu'au S.A.M.U./S.M.U.R. et aux S.D.I.S.

#### 1.1 La réponse hospitalière à l'urgence

##### 1.1.1 Les missions du S.A.M.U.

Dans le cadre de l'A.M.U., le S.A.M.U., qui est un service hospitalier, a "*pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence*"<sup>4</sup>. De plus, "*lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours*".

Outre ses moyens propres et ceux des S.I.S., le S.A.M.U. peut faire intervenir (sous conditions<sup>5</sup> et avec des partenaires sous convention) pour l'accomplissement de ses missions, des moyens privés que sont les médecins et paramédicaux libéraux (ils sont

---

<sup>2</sup> Article L.6311-1 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

<sup>3</sup> Direction de la Défense et de la Sécurité Civile/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*. Référentiel commun. Édité le 25 Juin 2008. Page 9. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>4</sup> Article R. 6311-1 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

<sup>5</sup> Article R. 6311-8 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

facultatifs lors de la prise en charge d'un patient en détresse vitale) et les ambulances privées assurant les transports sanitaires urgents directement en milieu privé sur demande d'un médecin généraliste ou du S.A.M.U. En plus de ses missions, le S.A.M.U. gère aussi la régulation médicale, qui a pour but d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse.

Les I.S.P. travaillent donc en étroite collaboration avec les médecins régulateurs des C.R.R.A.-15. Le médecin régulateur peut demander des compléments d'information ou de prise en charge à l'I.S.P. présent sur les lieux.

#### 1.1.2 Le S.M.U.R.

La Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation, dont les missions sont définies par l'article R. 6123-15 du Code de la Santé Publique<sup>6</sup> assure 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur "*en tous lieux, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le S.A.M.U., le transport de ce patient vers un établissement de santé*".

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote (le plus souvent un ambulancier)<sup>7</sup>.

#### 1.2 Les S.D.I.S.

Le S.D.I.S. est en France, l'administration gérant l'ensemble des sapeurs-pompiers d'un département. Ils sont sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur et reposent sur la loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux Services d'Incendie et de Secours. Celle-ci a confié au S.D.I.S. la compétence générale en matière de gestion des personnels, des biens, et des moyens financiers destinés au fonctionnement des Services d'Incendie et de Secours dans les départements. Elle précise aussi dans son article premier que le S.D.I.S. comprend un Service de Santé et de Secours Médical<sup>8</sup>.

Le S.D.I.S. dispose :

- D'un Centre de Traitement de l'Alerte chargé de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours.

---

<sup>6</sup> Article R. 6123-15 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

<sup>7</sup> Article D. 6124-13 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

<sup>8</sup> Article L. 1424-1 du Code général des Collectivités territoriales - [En ligne]

- D'un Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des Services d'Incendie et de Secours au niveau départemental.
- D'un Service de Santé et de Secours Médical, qui participe notamment aux missions de secours d'urgence et dont je vais expliciter un peu plus le rôle ci-dessous.

L'organisation et les missions du S.D.I.S. sont régies par l'article L. 1424-2 du Code Général des Collectivités Territoriales<sup>9</sup>.

### 1.2.1 Le Service de Santé et de Secours Médical

Le S.S.S.M. est composé de médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues et vétérinaires sapeurs-pompiers qui peuvent être volontaires ou professionnels. Ils sont sous l'autorité d'un Médecin-chef qui lui-même est placé sous l'autorité du Directeur Départemental du S.D.I.S. (D.D.S.I.S.). Le S.S.S.M. répond aux directives et schéma du S.R.O.S.

Ces professionnels sont répartis de façon plus ou moins homogène sur l'ensemble du département afin de créer un maillage serré du territoire, permettant ainsi une grande rapidité d'intervention et une (para)médicalisation rapide des patients, soit en attendant un renfort du S.M.U.R., soit en tant qu'acteur unique de la prise en charge de la victime.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, les S.S.S.M. de France comptaient un effectif de 11 832 personnes dont 6 111 infirmiers et représentent 5 % des effectifs des S.D.I.S. (245 800 sapeurs-pompiers au total). La plupart de ces professionnels de santé ont le statut de volontaires, et exercent une activité hospitalière ou libérale en parallèle de leur engagement<sup>10</sup>. Une minorité sont professionnels (4,7 % de professionnels) et assurent l'encadrement de leurs collègues volontaires (94,8 % de volontaires dans les S.S.S.M.).

Les missions du S.S.S.M. sont définies par l'article R. 1424-24 du Code général des Collectivités Territoriales. Ainsi, il assure :

- La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.
- L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans

---

<sup>9</sup> Voir annexe I.

<sup>10</sup> Direction Générale de la Sécurité Civile et la Gestion des Crises, *Les statistiques des services d'incendie et de secours*, valeurs de 2012, Édition 2013. Page 26. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

les conditions prévues à l'article R. 1424-28 du Code général des Collectivités Territoriales.

Il existe 3 principaux types de visites médicales : La visite de recrutement, la visite de maintien en activité et la visite de reprise d'activité après un arrêt de 21 jours.

- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité : Le S.S.S.M. doit veiller à la sécurité des sapeurs-pompiers en assurant une information et une formation des sapeurs-pompiers, en contrôlant l'application des règles de sécurité et en proposant toute mesure susceptible d'améliorer la sécurité des personnels.

Il a également un rôle important de prévention et d'éducation<sup>11</sup>.

- Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.
- La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes.
- La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

De plus, le Service de Santé et de Secours Médical participe :

- Aux missions partagées de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 du Code général des Collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
- Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires.
- Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Ce mémoire de fin d'études étant réalisé dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier, il traitera de l'infirmier chez les sapeurs-pompiers. Je ne développerai donc volontairement que les fonctions de l'I.D.E. au sein du S.S.S.M.

---

<sup>11</sup> V. MONTMARTEAU et V. DUBROUS, *La place des IDE dans le secteur de l'urgence en dehors de l'hôpital : L'infirmier de sapeurs-pompiers*, 2003. Pages 11-18. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## 2. Les I.S.P. au sein des S.S.S.M.

L'I.S.P. est avant tout un I.D.E. ou un infirmier spécialisé (I.B.O.D.E, I.A.D.E., etc.) engagé comme sapeur-pompier volontaire ou professionnel rattaché au S.S.S.M. du S.D.I.S., sous la responsabilité du médecin-chef départemental du S.D.I.S. lui-même étant sous l'autorité du D.D.S.I.S.

### 2.1 Cadre législatif

La profession d'infirmier est régie par les dispositions du Code de la Santé Publique : Articles R. 4311-1 et suivants, ainsi que par les articles R. 4312-1 et suivants.

Le cadre législatif de l'I.S.P. est défini par de nombreux textes<sup>12</sup> :

- L'article 24 du décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des S.D.I.S. et définissant le rôle de l'infirmier chez les sapeurs-pompiers au sein du S.S.S.M.
- L'article 2.2.4 de la circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 prévoit explicitement que l'activité Incendie n'entre pas dans le champ d'activité des infirmiers sapeurs-pompiers.
- Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
  - o L'article R 4312-6 du décret du 29 juillet 2004 précise que "*l'infirmier est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril*".
  - o Pour les interventions en V.L.I., l'article R. 4311-14 du 29 juillet 2004 stipule qu'"*en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable*".
  - o L'article R. 4312-26 du décret du 29 juillet 2004 stipule quant à lui que "*l'infirmier doit agir en toute circonstance dans l'intérêt du patient*".

La responsabilité de l'I.S.P. est engagée au niveau pénal devant tout acte pratiqué en dehors du décret de compétences. En revanche, l'I.S.P. est responsable au niveau civil devant tout acte et geste propre effectué par lui-même ou par ses subordonnés portant préjudice à la victime et nécessitant réparation.

---

<sup>12</sup> N. COUESSUREL, *Législation des I.S.P.* Site de l'A.N.I.S.P., [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## 2.2 Missions de l'I.S.P. au sein des S.S.S.M.

Les missions dévolues à l'infirmier sapeur-pompier varient peu, qu'il soit professionnel ou volontaire, mais il me semble important de rappeler que les infirmiers professionnels assurent, en plus, l'encadrement de leurs homologues volontaires<sup>13</sup>.

L'infirmier assure ses missions en collaboration avec les autres membres du S.S.S.M., et cela sous l'autorité du médecin-chef du S.D.I.S.. Ainsi :

- Il effectue les visites paramédicales d'aptitude des sapeurs-pompiers réalisées lors de l'embauche des sapeurs-pompiers, qu'ils soient volontaires ou professionnels et dans le cadre du suivi médical annuel.
- Il vérifie l'état du matériel médico-secouriste, et gère les produits consommables en collaboration avec le pharmacien sapeur-pompier.

Il participe à la formation des sapeurs-pompiers en matière de secourisme, d'hygiène, et de sécurité du travail.

Il faut noter que son statut seul ne lui permet pas d'assurer le monitorat de secourisme.

L'I.S.P. participe ainsi au suivi du fonctionnement du matériel présent dans les différents véhicules sanitaires (V.R.M., V.L.I. ou V.S.A.V.), à la bonne mise en œuvre du nouveau matériel ainsi qu'à la gestion des médicaments et des consommables.

- Il assure un soutien sanitaire aux sapeurs-pompiers en intervention.
- Il participe aux interventions de secours à personnes, dans le cadre de l'Aide Médicale d'Urgence en vertu de l'article R. 1424-2 du Code des Collectivités Territoriales :

Selon les départements et la répartition sur le territoire du personnel du S.S.S.M., l'infirmier sapeur-pompier peut rencontrer trois types de situations :

- Une intervention de l'I.S.P. sans médecin, et sans protocole de soins d'urgence : le champ d'actions relève dès lors de son rôle propre (Article R 4311-5 et R 4311-6 du décret du 29 juillet 2004). La seule solution sera de contacter un médecin-régulateur du S.A.M.U. ou un médecin du S.S.S.M. qui, s'il le juge nécessaire, pourra lui établir une prescription médicale orale visant à protéger l'état de santé du patient, dans l'attente d'un renfort médicalisé.
- Une intervention de l'I.S.P. sans médecin, mais avec des protocoles de soins d'urgence : l'infirmier pourra appliquer sans présence médicale effective les soins

---

<sup>13</sup> Grades disponibles en annexe II.

médicaux prévu à l'article R. 4311-7 du Code de la Santé Publique et cela en plus de son rôle propre. Ces protocoles varient selon les départements et il faut savoir que leur application ne relève pas d'une démarche diagnostique de la part de l'I.S.P. mais de conduites réflexes.

L'application de ces protocoles est suivie d'un rapport circonstancié, daté et signé par l'I.S.P. (comme prévu à l'article R 4311-14 du décret du 29 juillet 2004). Ces protocoles n'autorisent en aucun cas la réalisation de soins nécessitant la présence physique d'un médecin, tels que ceux définis à l'article R 4311-9 du même décret.

- Une intervention de l'I.S.P. avec un médecin (sapeur-pompier ou généraliste ou urgentiste) présent sur les lieux de l'intervention : l'infirmier est dans une situation idéale puisqu'il sera ici à même de mettre en œuvre les soins du décret de compétences dans sa globalité, à savoir le rôle propre, sur prescription et en collaboration (Article R. 4311-5 et suivants du décret de compétences du 29 juillet 2004).

Il existe néanmoins certains cas particuliers : En effet certains soins relevant de la prescription peuvent être exécutés dans certaines situations en l'absence d'un médecin. Lorsque la situation l'impose, l'I.S.P. peut prendre contact avec un médecin-régulateur du Centre-15 par téléphone. Ce dernier, suivant les éléments recueillis par l'infirmier pourra lui prescrire des soins, dans l'attente d'un renfort médical sur les lieux.

Enfin, l'I.S.P. est amené à travailler, dans le cadre de ses prises en charge, en coopération et/ou collaboration avec différents acteurs de secours, comme nous l'avons vu, tels que les sapeurs-pompiers, le S.M.U.R., un M.S.P. mais aussi dans de rares cas les ambulanciers privés, et les médecins généralistes.

Le nombre réduit de médecins sapeurs-pompiers ainsi que le peu d'intérêt médical qu'offre un infirmier sans protocole, fait de l'I.S.P. "protocolé" un excellent compromis, par défaut, à l'administration de soins médicaux urgents aux patients, selon le principe de la réponse graduée<sup>14</sup>.

La présence d'un I.S.P. ne se substitue pas à celle d'un médecin : ceux-ci n'en ont ni les compétences ni la vocation. De plus, il ne remplace pas non plus le chef d'agrès qui reste seul décisionnaire des manœuvres à entreprendre sur intervention : l'I.S.P. est là en tant que conseiller technique, il apporte ses décisions aux membres de l'équipe de secours.

---

<sup>14</sup> *La réponse graduée, ça marche comment ?* Site de l'A.N.I.S.P., [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## 2.2.1 Départ d'un I.S.P. sur une intervention

Dans le cadre d'un "départ réflexe" : le V.L.I. pourra être envoyé au départ du premier engin de secours (un V.S.A.V. la plupart du temps) sur l'appel au 18 ou au 112. Certains motifs de départ ont été identifiés comme devant comporter un V.L.I. dans le train de départ afin de prévenir une aggravation potentielle de la victime en perdant le moins de temps possible.

Le deuxième motif de départ, fait suite au bilan secouriste du chef d'agrès du véhicule de secours qui demande un moyen paramédicalisé en renfort.

Un I.S.P. peut néanmoins être déclenché par d'autres moyens : le C.T.A., en renfort pour un S.S.O. par exemple (auquel cas le C.R.R.A.-15 devra en être avisé) ou bien par le C.R.R.A.-15 directement dans le cadre de l'A.M.U.

## 2.3 Les Protocoles de Soins d'Urgence

### 2.3.1 Définition

Un protocole a pour objectif d'établir la conduite à tenir du soignant en fonction du problème rencontré dans la prise en charge du patient. Il est conçu par un médecin, doit être signé et daté par lui-même.

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin qui fait partie de la liste définie par le Code de la Santé Publique.

Les protocoles respectent les bonnes pratiques et les données actualisées de la science. Ces protocoles comportent des processus réflexes (sous la forme d'arbres décisionnels dans le S.S.S.M. du S.D.I.S. 30) induits par des tableaux cliniques, basés sur des gestes que l'infirmier est habilité à effectuer seul (Articles R. 4311-5 et R. 4311-6 du décret du 29 juillet 2004).

### 2.3.2 Cadre législatif

Les protocoles sont autorisés et régis par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. L'article R. 4311-2 précise que "*Les soins infirmiers [...] ont pour objet [...] de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs*".

L'article R. 4311-14 du 29 juillet 2004, relatif à l'exercice de la profession infirmière stipule qu'"en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir

*reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient". De plus, "en cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état".*

Cet article est conforté par l'article 2.2.4.B de la circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 qui précise que l'infirmier sapeur-pompier "*sera autorisé par le médecin-chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocoles*"<sup>15</sup>.

L'article R. 4312-29 du C.S.P. stipule quant à lui que l'infirmier "*doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé*".

Les protocoles ne permettent pas à l'infirmier d'effectuer des actes nécessitant selon la loi, la présence d'un médecin (de façon effective ou susceptible d'intervenir).

### 2.3.3 Limites des protocoles

Les protocoles doivent exclure la notion d'investigation diagnostique puisqu'ils s'adressent à des infirmiers et non à des médecins et donc se limiter à la recherche de critères de déclenchement, conditionnant ou non leurs applications. Ils sont tous rédigés de sorte à ce qu'ils amènent l'infirmier à adopter une attitude thérapeutique réflexe, plutôt qu'une réelle démarche diagnostique. Il y a un arbre décisionnel à suivre et à respecter scrupuleusement. Ainsi, comme le précise le médecin-capitaine Gagneux-Pinçon, la médicalisation des patients sur protocole est une "*démarche [qui] ne consiste pas à vouloir doter, de façon abusive et irresponsable, les infirmiers sapeurs-pompiers de nouvelles prérogatives qu'ils ne sauraient assumer. Bien au contraire, nous ne faisons qu'exploiter, à leur juste niveau et dans un strict contrôle, leurs réelles compétences professionnelles*".<sup>16</sup>

Un protocole, à l'opposé de la prescription médicale traditionnelle, est prévu pour trouver application à une pluralité de patients, élément nécessaire dans le cadre des

---

<sup>15</sup> Circulaire d'application du décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires. Ministère de l'Intérieur, 6 juillet 2000. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>16</sup> MAURICE C., *L'infirmier SP, le chaînon qui manquait...*, Revue Le sapeur-pompier magazine, juin 2004.

urgences préhospitalières où l'infirmier se trouve isolé d'un médecin ; mais qui, ne permet pas de prendre en considération les éléments propres à chaque patient, tels que ses antécédents médicaux, par exemple.

De plus, il se peut que la situation d'urgence à laquelle l'I.S.P. soit confronté ne permette pas la mise en place d'un P.I.S.U., mais nécessite néanmoins l'exécution de gestes infirmiers. Ce cas est précisé par le point 2.2.4.B de la circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 : "*En dehors des situations d'urgence, le choix des thérapeutiques envisagées ne pourra se faire que par contact avec un médecin du S.D.I.S. ou par le médecin-régulateur du S.A.M.U. Centre-15, après avoir passé le bilan*".

La mise en place des Protocoles de Soins d'Urgence doit s'inscrire dans une démarche de qualité des soins<sup>17</sup> ainsi que l'a explicité la Direction de la Défense et de la Sécurité Civile. Ce document précise de plus, certaines conditions telles que la mise en place d'une formation d'adaptation à l'emploi concrétisée par une évaluation certificative pour validation individuelle de l'infirmier à l'utilisation de protocoles, la mise en place d'un comité pluridisciplinaire du S.S.S.M. et autres experts pour actualiser les protocoles par rapport à l'évolution des connaissances médicales et du retour d'expérience, etc..

L'application d'un P.I.S.U. par un I.S.P. permet donc de venir compléter une prise en charge secouriste par les sapeurs-pompiers sans être une prise en charge médicale. Cela permettra de stabiliser l'état du patient ou tout du moins de pallier à son aggravation avant de l'évacuer vers une structure de soins adaptée ou bien d'attendre un renfort médical si toutefois l'urgence de la situation le nécessitait, ou bien de le laisser sur place.

La réévaluation des P.I.S.U. se fait annuellement au sein du S.D.I.S. 30 où il existe 19 P.I.S.U., au regard de l'article R. 4127-71 du Code de la Santé Publique qui dispose que le médecin "*doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours*" et de l'article R. 4312-10<sup>18</sup>. Cela implique que les I.S.P. habilités le sont de façon nominative, afin de suspendre de façon individuelle, le cas échéant, l'habilitation<sup>19</sup>.

On peut ainsi faire le lien avec la formation des infirmiers sapeurs-pompiers quant à l'application des P.I.S.U. puisque les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ne forment pas les étudiants à la médecine préhospitalière et à l'application de protocoles d'urgence.

---

<sup>17</sup> *Les protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers de sapeurs-pompiers* - Direction de la Défense et de la Sécurité Civile. Ministère de l'Intérieur, septembre 2004. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>18</sup> Article R. 4312-10 du Code de la Santé Publique - [En ligne]

<sup>19</sup> N. COUESSUREL, *Responsabilité des IDE et protocoles d'urgence*. Site de l'ANISP. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## 2.4 Formation initiale des I.S.P.<sup>20</sup>

Les infirmiers sapeurs-pompiers doivent être titulaires d'un Diplôme d'État d'Infirmier, ils peuvent être engagés comme volontaires ou professionnels après un examen de leur aptitude médicale.

L'obtention du Brevet d'Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire est soumise aux conditions fixées par l'arrêté du 13 décembre 1999<sup>21</sup>. La Formation Initiale d'Application de l'I.S.P. permet l'obtention d'unités de valeur. Cette F.I.A. est menée en partenariat entre l'École Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers (E.N.S.O.S.P.) et les facultés de médecine de Bordeaux et de Strasbourg et comprend six modules :

- Un module d'observation.
- Un module de certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe.
- Un module consacré à la connaissance de la défense et de la sécurité civile, des sapeurs-pompiers et de leurs missions, du service de santé et de secours médical et des plans de secours.
- Un module universitaire de santé publique.
- Un module universitaire de soins d'urgence.
- Un module d'application pratique.

dont la validation permet l'obtention conjointe de 2 diplômes :

- Un brevet de l'E.N.S.O.S.P. portant mention "Infirmier de Sapeur-Pompier Volontaire".
- Un Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U.) de santé publique et de soins d'urgence appliqués aux S.D.I.S.

La formation initiale d'application des Infirmiers Sapeurs-Pompiers Professionnels est fixée par l'arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des infirmiers sapeurs-pompiers professionnels<sup>22</sup>. Elle comprend les mêmes modules que les I.S.P.V. plus les modules suivants :

---

<sup>20</sup> N. COUESSUREL et J. MAX, *Formation et intégration de l'infirmier sapeur-pompier*. Site de l'ANISP. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>21</sup> Arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires - [En ligne].

<sup>22</sup> Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels - [En ligne]

- Un module d'acquisition des connaissances communes relatives aux exercices professionnels des cadres d'emploi des services de santé et de secours médical.
- Un module d'application pratique, sous le contrôle d'un tuteur, effectué au sein d'un S.D.I.S. chargé de mission.
- Un module relatif à une étude de dossiers sous le contrôle conjoint de l'E.N.S.O.S.P. et du médecin-chef du S.D.I.S. d'affectation.
- Un module d'exercice professionnel médical.

L'I.S.P. peut se perfectionner, avec des formations (au secourisme, paramédicales, ou de formateurs) qui peuvent être sanctionnées par des D.U. (Diplômes Universitaires), des stages, etc. Il existe aussi une formation continue pour les tous les I.S.P., sous la responsabilité du médecin-chef du S.S.S.M.

Tout ceci m'amenant à présent à déterminer le cadre conceptuel de mon mémoire afin d'aborder d'un tout autre point de vue ce qui fait l'objet de nos recherches, à savoir :  
**Quelles sont les compétences favorisant la prise en charge d'une victime en milieu préhospitalier par l'I.S.P. ?**

### III. Cadre conceptuel

Cette partie théorique a pour but d'expliquer les deux notions principales de ce mémoire de fin d'études. Il s'appuiera sur deux concepts clés que sont "la Compétence" et "l'Expérience". Elle est élaborée à partir d'un ensemble de lectures, sur lesquelles je m'appuie tout au long de cette partie.

#### 1. Le concept de compétence

Le concept de compétence est apparu en France dans le vocabulaire courant, au début des années 80 dans le domaine économique. L'idée première renvoyait à une notion juridique puis s'est rattachée à d'autres domaines tels que l'éducation et la santé.

D'un point de vue étymologique, le mot "compétence" vient du latin "*cum*" qui signifie "avec" et "*petere*" qui renvoie au mot "pétition". Ce terme vient du bas latin, "*competentia*" qui veut dire "proportion, rapport exact"<sup>23</sup>.

D'après le petit Robert, la compétence est une "connaissance, une expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger".

Le concept de compétence est difficile à saisir et à appliquer tant il est polysémique<sup>24,25</sup>. Pour Guy Le Boterf, la compétence constitue un "savoir mobilisé", c'est à dire qu'il faut être capable de mettre en œuvre ses compétences dans les circonstances adéquates, un "savoir combiné", c'est à dire que le professionnel de santé doit être capable de sélectionner les compétences dont il a besoin pour réaliser le soin, et un "savoir transféré", c'est à dire qu'il doit être capable de s'adapter dans n'importe quelle situation<sup>26</sup>.

Margot Phaneuf, Professeure en sciences infirmières de renommée internationale définit la compétence comme un "savoir complexe reposant sur un ensemble intégré de connaissances, d'acquis, d'expérience et d'évolution personnelle, propres à un aspect donné des soins infirmiers qui, lorsqu'il est mobilisé en situation concrète, permet de faire appel à des habiletés cognitives, psychomotrices, organisationnelles et techniques et de manifester des comportements socio-affectifs adaptés. Le tout travaillant en synergie et

---

<sup>23</sup> *Les concepts en sciences infirmières (2<sup>ème</sup> édition)*. Sous la direction de M. FORMARIER et L. JOVIC (A.R.S.I.). Éditions Mallet Conseil, page 110.

<sup>24</sup> F. TERRANEO et N. AVVANZINO, *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives*. Revue Recherche en soins infirmiers n°87, décembre 2006. Éditions A.R.S.I. Page 18.

<sup>25</sup> M. PHANEUF, *Le concept de compétence comme structurant du programme de formation en soins infirmiers*. Édité le 16 septembre 2004. Page 2. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>26</sup> G. LE BOTERF, *De quel concept avons-nous besoin ?* Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif. Revue Soins Cadres, n°41, 2002. Page 20.

rendant possible l'exercice infirmier à un niveau de performance compatible avec le rôle et les fonctions de l'infirmière"<sup>27</sup>.

Outre les qualités relatives à tout infirmier (telles que la qualité relationnelle, les connaissances techniques, le sens de l'organisation, la rapidité, l'efficacité, les compétences administratives), l'I.S.P. se doit de posséder des connaissances et savoirs relatifs à la médecine d'urgence, des compétences stratégiques (jugement clinique, résolution de problèmes) ainsi que des compétences techniques. Cela permettra ainsi à l'I.S.P. de faire face à l'imprévu, et de prendre des décisions dans un contexte de rapidité et d'efficacité.

André Montesinos, infirmier et Docteur en Psychologie définit quant à lui la compétence de l'infirmier comme "l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes lui permettant d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider, d'agir afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin. Celle-ci n'est jamais acquise. Elle se construit, s'approfondit et s'épanouit"<sup>28</sup>.

Le point de vue de ces auteurs m'a intéressé dans la mesure où ils indiquent que bien que l'expérience et la formation ne soient des composantes de la compétence, elles sont cependant fondamentales car elles sont en général le point de départ de l'acquisition de la compétence.

Ainsi la compétence permet d'avoir des aptitudes, de l'assurance qui permettront au soignant de prodiguer des soins de qualité. La compétence de l'infirmier diffère selon son ancienneté, mais aussi selon son parcours ; Patricia Benner, Professeure au Département des sciences infirmières à l'université de San Francisco (Californie) et théoricienne décrit les différents stades par lesquels passent les étudiants dans l'acquisition et le développement d'une compétence<sup>29</sup> en se basant sur le modèle de Dreyfus et Dreyfus<sup>30</sup>.

De plus, elle affirme que "la compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience"<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> M. PHANEUF Op. Cit. Page 2

<sup>28</sup> A. MONTENISOS, *La compétence professionnelle de l'infirmière*. Revue Objectif Soins, n°50, février 1997.

<sup>29</sup> P. BENNER. *De novice à expert (Excellence en soins infirmiers)*. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

<sup>30</sup> Voir annexe III.

<sup>31</sup> P. BENNER. *De novice à expert (Excellence en soins infirmiers)*. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## 2. Le concept d'expérience

L'expérience peut être définie comme un ensemble de "savoir ou savoir-faire acquis par l'usage, par la pratique en dehors d'une connaissance théorique"<sup>32</sup>. Au sens plus généraliste, elle est définie comme une "connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation"<sup>33</sup>.

Robert Sévigny, Professeur émérite au département de sociologie de l'université de Montréal affirme que l'expérience est l'acquisition de certaines connaissances au contact de la réalité et/ou de la pratique, à travers le temps, par des essais et des erreurs<sup>34</sup>.

Jean-Marie Barbier, Professeur et directeur du Centre de recherche sur la formation au Conservatoire national des arts et métiers de Paris fait quant à lui le lien entre les savoirs et l'expérience.<sup>35</sup>

Il est donc nécessaire d'envisager l'expérience comme une construction solide et élaborée après le socle de formation initiale. Cet exercice particulier requiert une réelle expertise et la formation initiale ne peut permettre à elle seule l'acquisition des compétences spécifiques indispensables à la prise en charge de l'urgence.

Il faut y adjoindre des formations complémentaires à l'entrée chez les sapeurs-pompiers : la F.I.A. puis les formations P.I.S.U.

Au vu des auteurs précédemment cités, l'expérience peut-être source d'acquisition de connaissances, de capacités et de savoir-faire. Elle constitue d'ailleurs un des modes d'apprentissage les plus utilisés depuis des années. La répétition des expériences apporte un savoir-faire et une capacité à adopter des solutions adaptées aux différentes situations.

L'infirmier, tout au long de sa carrière professionnelle, est confronté à de multiples expériences. Au contact direct du patient et de la maladie, il observe, questionne, pratique. Chaque situation de soins, qu'elle soit nouvelle ou non, est porteuse d'enseignements.

---

<sup>32</sup> L.-M. MORFAUX et J. LEFRANC. *Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines* (2<sup>ème</sup> édition). Éditions Armand Colin, 2005. Page 185.

<sup>33</sup> Dictionnaire Larousse Maxipoche. Édition 2010

<sup>34</sup> J. BARUS-MICHEL, E. ENRIQUEZ et A. LEVY, *Vocabulaire de psychosociologie* (1<sup>ère</sup> édition). Éditions Erès, 2002. Page 128.

<sup>35</sup> J.-M. BARBIER, *Les savoirs d'action : Une mise en mot des compétences ?* Éditions L'Harmattan, 2004. 324 pages.

Le modèle d'acquisition des compétences, appliqué aux soins infirmiers par Patricia Benner, démontre toute l'importance de l'expérience dans la pratique infirmière.

Le novice, est défini comme n'ayant aucune expérience des situations auxquelles il risque d'être confronté<sup>36</sup>. Les seules connaissances qu'il peut utiliser sont les principes appris dans ses cours théoriques et les règles qui lui permettront d'agir dans différentes situations. Il lui est compliqué de faire les liens entre la théorie et la pratique, la dextérité et le jugement clinique sont à développer, appréhender une situation de soins dans sa globalité ou bien même anticiper une éventuelle dégradation devient alors difficile. Et le novice se tient, de façon quasi mécanique, aux notions qu'il a apprises : son comportement manque de flexibilité.

Inversement, l'expert a acquis, à travers ses nombreuses expériences, la capacité d'évaluer une situation dans sa globalité. Il s'appuie sur son bagage de connaissances, pour pressentir les problèmes, parfois de façon intuitive, anticiper, prioriser ses actions et aller rapidement au cœur du problème. Ces capacités pointues sont les résultats de nombreuses heures d'observation clinique et de pratique auprès du patient. Elles lui permettent de se détacher des règles et détails auxquels se réfère le novice, et par conséquent à répondre mieux et plus vite aux problèmes rencontrés. Toutefois, l'un des problèmes relié au mode de perception basé sur l'intuition, est de trouver des raisons pour justifier une demande d'intervention rapide de la part de l'équipe médicale.

En effet, au vu des autres auteurs cités auparavant, l'expérience est reconnue comme une source d'acquisition de connaissances, de capacités et de savoir-faire. Elle constitue d'ailleurs un des modes d'apprentissage les plus utilisés depuis des années (Comme les Compagnons du Devoir par exemple). L'apprentissage "sur le tas" à l'hôpital étant reconnu comme une valeur sûre<sup>37</sup>. John Dewey affirme que l'acquisition dépend de la capacité de l'individu à observer et à analyser une expérience a posteriori<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> C.-A. FRENETTE-LECLERC, *Sur le chemin de l'expertise*. Revue l'Infirmière du Québec, février 1991. Visible sur le site Infiresources. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014. 10 pages.

<sup>37</sup> M.-A. VIGIL-RIPOCHE, *"D'exécuter un soin à penser le soin"*. Revue Recherche en soins infirmiers n°85, juin 2006. Éditions A.R.S.I. Page 67.

<sup>38</sup> F. KAROLEWICZ. *L'expérience, un potentiel pour apprendre*. Editions Harmattan, 2000. Page 28.

David Kolb, psychopédagogue américain décrit à travers le "cycle d'apprentissage expérientiel"<sup>39</sup> qui se déroule en quatre étapes (la première est celle de la pratique, de l'action; la seconde est l'explicitation), le processus de transformation par lequel l'expérience devient savoir et connaissance.

La difficulté de ce cycle est, selon Marie-Andrée Vigil-Ripoche<sup>40</sup>, et citant Guy Le Boterf, la maîtrise de la seconde étape. Elle affirme que cette "non-maîtrise" aurait comme conséquence pour l'individu de rester enfermé dans "un cycle de répétition". Ce dernier étant, selon l'auteur, incompatible avec la capacité d'adaptation de l'individu et l'utilisation de son expérience à d'autres situations.

Stuart et Hubert Dreyfus ont ainsi émis l'hypothèse "qu'avec l'expérience et de la maîtrise, la compétence se transforme. Et ce changement amène une amélioration des performances"<sup>41</sup>.

Au travers de mes différentes recherches, il semblerait que l'expérience puisse apporter des savoirs et permette de développer des compétences qui paraissent nécessaire pour être efficient dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ce point de vue, est donc à comparer avec le résultat de l'analyse des entretiens, qui viendra après la méthodologie de l'enquête. Je pourrais ainsi faire le lien entre mon hypothèse, la théorie du cadre contextuel et conceptuel et la réalité du terrain, telle qu'elle est vécue par les infirmiers.

---

<sup>39</sup> Voir annexe IV.

<sup>40</sup> M.-A. VIGIL-RIPOCHE, *"D'exécuter un soin à penser le soin"*. Revue Recherche en soins infirmiers n°85, juin 2006. Éditions A.R.S.I. Page 69.

<sup>41</sup> P. BENNER, *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Éditions Masson, 2003. Page 37.

## IV. Hypothèse

Au vu de ma question de départ qui était la suivante : En quoi la bivalence infirmier/sapeur-pompier est-elle une plus-value dans la prise en charge de l'urgence préhospitalière pour la victime ?

Et du fait que le métier d'infirmier évolue avec le temps et s'adapte en permanence aux exigences contemporaines, dans un contexte de désertification médicale<sup>42</sup>, de mutualisation des moyens hospitaliers et de restriction budgétaire et de par le développement des compétences I.D.E. (développement de la recherche en pratiques avancées, diplômes universitaires, etc.), le développement de la coopération entre professionnels de santé, les professions d'infirmier et donc d'I.S.P. sont amenées à évoluer et à se développer. De fait, dans la prise en charge préhospitalière, les échelons intermédiaires intervenant dans la chaîne de secours vont être amenés à être modifiés.

À mon avis, la transposition des protocoles hospitaliers, adaptés au milieu préhospitalier et aux compétences infirmières, est amenée à se développer, à se démocratiser et à s'uniformiser au niveau national grâce à l'utilisation de la ressource que représente l'ensemble des professionnels de santé afin de les intégrer à la chaîne de secours.

De ce fait, cela m'amène à penser que **l'expérience est un facteur permettant à l'I.S.P. d'être compétent dans la prise en charge d'une victime en milieu préhospitalier.**

---

<sup>42</sup> *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Rapport de la D.R.E.E.S., février 2009. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

## V. Enquête

### 1. Méthodologie

J'ai construit mon guide d'entretien autour d'un objectif principal : évaluer le rôle de l'expérience au cours de la prise en charge d'une urgence par l'infirmier sapeur-pompier.

Trois objectifs secondaires s'articulant autour de celui-ci ont été établis : définir les représentations de l'urgence par le soignant ; identifier les difficultés de cette prise en charge pour le soignant ; identifier les qualités et compétences nécessaires pour faire face à cette prise en charge.

#### 1.1 Choix de la méthode

Mon guide d'entretien a pour objectif de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse établie à la suite du cadre contextuel et conceptuel. Afin de confronter mon cadre conceptuel et de tenter de valider mon hypothèse à la réalité du terrain vécue par les soignants, j'ai réalisé 4 entretiens semi-directifs.

Cette technique d'entretien permet de centrer le discours autour de thèmes définis au préalable, en gardant un fil conducteur pour éviter tout débordement ou hors-sujet de ma part, ou des personnes interrogées. L'entretien me semble plus intéressant que le questionnaire car il est qualitatif et permet l'échange et le dialogue avec le professionnel de santé. Je pense qu'il n'est pas pertinent de réaliser une enquête quantitative puisque la notion d'urgence sur laquelle je base mon hypothèse est subjective.

La forme "exploratoire" des entretiens offre la possibilité de se détacher du guide et ainsi de pouvoir rebondir sur des propos qui me paraissaient intéressants d'approfondir. Cela explique que certaines questions posées au cours des entretiens n'apparaissent pas dans le guide d'entretien initial.

Les réponses sont plus spontanées, et cela me permet d'observer la communication non verbale. La date de l'entretien et les horaires ont été fixés à l'avance en accord avec l'infirmier d'encadrement et les I.S.P. ; j'avais au préalable montré la grille d'entretien<sup>43</sup> à l'infirmier d'encadrement afin d'obtenir son accord. Ma trame d'entretien est composée de douze questions ouvertes afin de guider la personne interrogée.

Les réponses recueillies lors de l'entretien sont anonymes et la confidentialité des réponses est assurée en début d'entretien à chaque professionnel interrogé. Afin de faciliter

---

<sup>43</sup> Grille d'entretien disponible en annexe V.

l'analyse des réponses, il est demandé l'année d'obtention du diplôme et le nombre d'années d'expérience en tant qu'I.S.P.

### 1.2 Choix de la population et du terrain

J'ai réalisé mes entretiens auprès d'infirmiers sapeurs-pompiers exerçant au sein du S.S.S.M. du S.D.I.S. 30, où j'ai réalisé mon stage lors du semestre 5 car chacun d'entre eux a dû être confronté ou doit faire face à la prise en charge de l'urgence préhospitalière. Aussi j'ai recueilli les témoignages d'infirmiers ayant ou non une longue expérience, puisque comme annoncé dans l'hypothèse, je pense que c'est un des facteurs influençant la prise en charge du patient-victime.

### 1.3 Construction de l'outil de recherche

Mon outil de recherche se construit autour de plusieurs questions, regroupées en plusieurs thèmes. Le premier thème aborde les informations d'ordre général tel que l'âge, l'ancienneté, etc. Ensuite, les questions portent sur l'activité opérationnelle des I.S.P. avec les représentations de l'urgence et les principales difficultés dans l'exercice opérationnel.

## 2. Analyse interprétative

Avant de m'attarder sur l'analyse de ces entretiens, je tiens à préciser qu'à la suite du nombre d'entretiens collectés, je serai sur une analyse qualitative et non quantitative ; parallèlement le corpus limité ne peut donner de résultats véritablement représentatifs. L'analyse ne sera donc, pas complètement exhaustive.

Chacun des professionnels a apporté des éléments nouveaux, ce qui a rendu les échanges très intéressants. J'ai réussi à obtenir les réponses à chacune des questions posées et les informations que j'ai pu glaner sont complémentaires entre elles. Afin de réaliser l'analyse de ces entretiens, j'ai d'abord lu consciencieusement chaque entretien dans leur globalité en annotant les idées ou les mots principaux qui en ressortaient. Les réponses obtenues ont été répertoriées, par mots-clés, dans une grille de dépouillement<sup>44</sup> afin de faciliter leur comparaison. La méthode d'enquête que j'ai choisie d'exploiter est la méthode différentielle, afin d'étudier les variations de réponses d'un individu à l'autre, en fonction de son lieu d'exercice et de son ancienneté.

La première question permet simplement de présenter la population interviewée. J'ai cherché dans un premier temps à connaître le parcours des différents I.S.P. interrogés, qu'ils soient volontaires ou professionnels. On peut constater que tous les infirmiers ont

---

<sup>44</sup> Grille de dépouillement disponible en annexe XI.

une expérience passée ou actuelle dans le domaine de l'urgence/réanimation, semblant confirmer le discours de l'infirmier d'encadrement du S.S.S.M. lorsqu'il affirme qu'il faut avoir un profil-type pour évoluer dans ce milieu.

Pour tous les infirmiers interrogés, l'urgence représente une situation dans laquelle le "pronostic vital (du patient) est en jeu", ils citent ainsi diverses causes ("arrêt cardiaque", "hémorragie", "chocs", "défaillances" variées, etc.).

Les I.S.P. 2 et 3 pointent une notion de rapidité ("ça ne peut pas attendre", "doit pris en charge rapidement", "y'a une question de rapidité") afin de mettre en œuvre les actions adéquates.

L'I.S.P. 4 quant à lui, temporise un peu plus en affirmant que l'urgence représente un danger puisqu'il faut "mettre en sécurité", que cela "demande des gestes et une conduite adaptée" dans un "environnement anxiogène" et que cela nécessite d'"agir vite, sans précipitation".

L'I.S.P. 1 pointe la spécificité du préhospitalier en affirmant que leur rôle consistait en le "maintien de la personne jusqu'à sa prise en charge par un service hospitalier".

Pour l'I.S.P. 3, la prise en charge consiste à "être le plus tôt possible sur les lieux", et "à demander un renfort médical le plus rapidement possible si besoin".

L'I.S.P. 2 indique que la prise en charge se fait "au mieux par rapport à la victime, [...] à la situation et à l'instant T" et que si la notion d'urgence est reconnue, la prise en charge consiste en "l'application d'un protocole".

L'I.S.P. 4 affirme que la prise en charge consiste en une "analyse rapide de la situation" pour "dégager des actions prioritaires", et "écarter tout danger" pour appliquer "une séquence de gestes" parfois même "avant l'invasion thérapeutique" afin de "pouvoir agir en toute sécurité".

L'I.S.P. 2 énumère ce qui sont pour elle les principaux freins à l'activité opérationnelle de l'I.S.P.. Elle cite ainsi le "manque de culture du milieu sapeur-pompier", un "manque de formation" et un "manque de pratique", ce que confirme l'I.S.P. 3 qui pointe la nécessité d'"un minimum d'expérience", et souligne les avantages à être protocolé.

L'I.S.P. 4 précise que "la compétence [...] s'acquière dans l'expérience, sur le terrain [...] et se murit en intervention", ce qui renforce pour l'I.S.P. 1 l'importance de la "F.M.A.", et que cela impose aux professionnels d'aller "chercher des compétences et des connaissances ailleurs" et de "répéter régulièrement" grâce aux "entraînements [...] par simulation".

Au cours des entretiens, il est ressorti que l'efficacité de la prise en charge d'une urgence était liée, entre autre, à la capacité des soignants à développer leurs compétences par la pratique, les formations continues et l'entraînement. Ainsi que l'indique l'I.S.P. 4, il faut avoir "un profil, des prédispositions". Tous les infirmiers expliquent qu'il est nécessaire de "connaître ses limites". L'I.S.P. 2 m'a confié que les qualités et compétences étaient "les mêmes que celles d'un infirmier "lambda"" et qu'il était nécessaire de "maîtriser son matériel". Par la suite, les qualités citées par les infirmiers sont relativement similaires : "adaptabilité", "polyvalence", "anticipation", "savoir gérer sa gestuelle [...] et son stress".

Au cours de l'entretien, l'I.S.P. 3 a insisté sur l'importance de l'observation clinique dans la prise en charge de l'urgence qui va lui permettre de "savoir identifier les besoins immédiats de ta victime". Elle a aussi évoqué son "instinct" lui permettant "de prendre un peu les devants".

Suite à ce que j'ai observé lors de mon stage et qui fait la spécificité des I.S.P., je leur ai alors demandé si les P.I.S.U. représentaient une plus-value dans l'activité opérationnelle des infirmiers. Une des I.S.P. n'ayant pas encore passé l'habilitation, elle n'a pu répondre à la question, se contentant d'affirmer qu'il était nécessaire de "savoir les appliquer au bon moment". Pour l'I.S.P. 4, les P.I.S.U. représentent un "champ de compétences [...] nouveau", ce sont des "gestes médico-délégués" qui permettent de "gérer des types bien particulier d'urgence où [...] les fonctions vitales sont engagées" dans "l'attente du renfort médical" si nécessaire. Il précise qu'"il faut que le protocole par rapport à la situation soit adapté à la victime". Afin de pouvoir les appliquer, il précise qu'il faut réussir une "formation validante". Les P.I.S.U. apportent de plus un "sentiment de sécurité" et cernent les limites législatives. L'I.S.P. 2 souligne que les P.I.S.U. représentent "la plus-value" de l'infirmier en intervention.

J'ai par la suite questionné les I.S.P. en leur demandant quelles étaient les principaux inconvénients qu'ils rencontraient dans la prise en charge des victimes. Tous ont évoqué des limites personnelles avec notamment la "gestion du stress et des émotions", plusieurs (I.S.P. 2, 3 et 4) ont pointé aussi le "travail d'équipe" et le "positionnement par rapport aux secouristes". L'I.S.P. 1 note aussi la présence de "difficultés organisationnelles" avec des "conflits de service". L'I.S.P. 3 stipule par ailleurs qu'une des difficultés rencontrées était lorsque la situation dépassait le protocole. L'I.S.P. 4 quant à lui remarque qu'au niveau de la formation, la difficulté se situait au niveau de la "maîtrise complète dans la lecture des protocoles". Il explique qu'au niveau du terrain, la difficulté se

trouve sur la gestion de l'affect pouvant amener certains I.S.P. à une réorientation professionnelle. Il souligne la complexité de la "complémentarité entre les maillons [...] de la chaîne de secours".

Les émotions et le stress semblent être, selon les personnes interrogées, des facteurs inhérents à l'urgence vitale.

J'ai voulu demander s'ils avaient remarqué une évolution dans la prise en charge des urgences. Cette question n'a pas toujours été très bien comprise, j'ai dû préciser ou donner des explications à plusieurs reprises. Le premier infirmier a noté une "amélioration avec le temps", mais ne s'est pas trop étendu, et je n'ai pas su le relancer sur le sujet. La seconde infirmière, m'a plus parlé des différences dans la prise en charge, notamment au niveau du secourisme, et je n'ai pas su recentrer la question. Elle a tout de même noté qu'au cours des années, elle avait appris à mieux s'adapter à toutes les situations rencontrées. La troisième infirmière fait remarquer que "l'expérience a fait que l'on arrive à mieux gérer" l'urgence, "à gérer son stress", "sa dextérité" et elle permet de "s'adapter". L'I.S.P. 4 précise que son passif d'I.D.E. hospitalier lui a appris à maîtriser l'urgence en équipe pluridisciplinaire et qu'il a pu transposer ses savoirs au préhospitalier. Il a ajouté que la pratique régulière et les formations lui ont permis d'"arriver à un niveau de compétence [...] très aguerri". Il stipule que de par sa fonction actuelle, il aura "beaucoup plus de recul" mais probablement "moins de dextérité" et "de réflexes".

Il n'est jamais évident de débiter, et les infirmiers interrogés se sont montrés unanimes à propos du rôle de l'expérience dans la prise en charge de l'urgence et tous la considèrent comme un atout. Ainsi, avec le temps, il devient plus facile de "trouver des solutions aux situations rencontrées". Elle donne de la confiance, apporte de la sérénité, permet d'être "plus-à-même de réfléchir", de mieux gérer "sa dextérité" et facilite l'organisation, le jugement clinique. Il semble donc que l'acquisition d'une certaine maîtrise technique par le soignant puisse être un gage d'efficacité en situation de détresse. De même, l'expérience apporte un savoir-faire et des connaissances permettant au soignant d'anticiper et de s'adapter. L'I.S.P. 4 rajoute que l'expérience facilite le rôle de formateur de l'infirmier.

## VI. Synthèse du cheminement de la réflexion

Mes recherches documentaires et l'enquête exploratoire menée en rapport avec ma question de départ m'ont permis de comprendre qu'à travers cette analyse, il semble que l'expérience puisse être un atout pour le soignant face à la prise en charge d'une urgence par l'I.S.P. Toutefois, selon les infirmiers interrogés, elle ne peut pas être considérée comme le seul facteur déterminant de l'efficacité de la prise en charge. Face aux complications que l'on peut rencontrer, telles que la charge émotionnelle importante ou la gestion du stress, il paraît nécessaire que l'infirmier puisse s'appuyer sur des connaissances précises, une maîtrise technique et sur un travail d'équipe efficient.

De même, il se doit de continuellement se former et de remettre sa pratique professionnelle en question afin de pouvoir être en mesure de l'améliorer.

Il apparaît donc, d'après les infirmiers sollicités, et donc pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population d'I.S.P., que l'expérience doit être associée aux facteurs auparavant cités pour qu'elle puisse être considérée comme un véritable atout.

Tous les infirmiers se montrent assez unanimes sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir une expérience dans le milieu hospitalier pour évoluer comme infirmier sapeur-pompier.

J'ai donc décidé, suite à cette phase de problématisation de m'orienter, non plus vers la plus-value de l'I.S.P. dans la prise en charge de l'urgence préhospitalière pour la victime, mais vers le développement des compétences de l'I.S.P. en autonomie dans sa prise en charge, et vers la place qu'il va être amené à prendre dans le cadre de la réponse graduée.

En effet, le maillage du territoire en terme d'organisation du secours à personne est tel qu'aujourd'hui, le V.L.I. permet à l'infirmier de prendre une place dans la chaîne des secours. Cette évolution est en cours pour les I.D.E.<sup>45</sup> et donc pour les I.S.P. (autonomie développée via l'acquisition de connaissances/compétences nouvelles : de plus en plus d'actes médicaux délégués, responsabilités augmentées en conséquence, mais qui restent à déterminer car la présence d'un médecin est nécessaire dans des situations d'urgences particulières).

Ainsi, j'aboutis à la question de recherche suivante : **Au regard des compétences qu'il a acquis, et de l'autonomie qu'il est amené à obtenir, quelles évolutions sont possibles dans la prise en charge de l'urgence par l'I.S.P. ?**

---

<sup>45</sup> *Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences*, Rapport d'étape présenté par le Pr. Y. BERLAND, octobre 2003. [En ligne] - Consulté le 3 mai 2014. Pages 7 - 27.

## Conclusion

Tout au long de ce travail de fin d'études, j'ai tenté d'évaluer le rôle que pouvait avoir l'expérience lors de la prise en charge d'une urgence par l'infirmier sapeur-pompier et la plus-value qu'il apportait lors d'une intervention.

Malgré les éléments de réponses abordés lors de la synthèse, son apport reste difficilement évaluable. En effet, l'expérience, propre à chacun, n'est pas un élément concret que l'on peut aisément quantifier. Et malgré cela, son apport n'est pas garant d'une efficacité à tout instant, dans le sens où nous ne sommes pas en capacité de tout maîtriser.

La capacité à gérer les émotions et le stress, la qualité de la relation d'équipe, sont autant de facteurs à prendre en compte. L'expérience apparaît alors comme un outil que nous nous créons, que nous façonnons à notre image et que nous améliorons, au fur et à mesure que nous avançons dans notre pratique. Un outil qui peut nous aider dans notre pratique quotidienne, mais qu'il nous faut savoir comprendre pour être en capacité de l'utiliser à bon escient.

Cette étude m'a permis également d'approfondir mes connaissances et a représenté un réel investissement visant à construire mon identité professionnelle et à améliorer ma pratique infirmière. L'échange avec les professionnels a lui aussi été très riche en partage de connaissances et d'expérience.

À titre personnel, la réalisation du mémoire de fin d'études a eu un véritable intérêt. Je suis plus à-même aujourd'hui, de déchiffrer ce qui a pu se dérouler tout au long des trois années d'études. Le fait est que je n'avais jamais réellement pris le temps d'essayer de comprendre l'évolution de mes pratiques professionnelles. Cette réflexion autour de l'expérience a donc été l'occasion de mettre par écrit tout un ensemble de représentations que je n'arrivais pas à décrypter. D'autre part, je vais prochainement pouvoir mettre toute cette réflexion au service de ma pratique future, et par conséquent, au service des patients qui sont en définitif les premiers concernés.

Pour conclure, la fin de ce travail me rapproche chaque jour du terme de cette formation. Je suis, à l'heure actuelle, incapable de savoir quel infirmier je serai, malgré des modèles auxquels je voudrais ressembler. Ces trois dernières années ont posé les bases de mon identité professionnelle, et il ne tient plus qu'à moi de poursuivre cette construction. Celle-ci se fera au gré de mes expériences et de mes rencontres et ne sera probablement pas toujours évidente. Mais de par mes connaissances acquises et mes futurs collègues, j'arriverai à surmonter ces difficultés.

## Références bibliographiques

- **Ouvrages :**

J.-M. BARBIER, *Les savoirs d'action : Une mise en mot des compétences ?* Éditions L'Harmattan, 2004. 324 pages.

P. BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Edition Masson, 2003. 252 pages.

J.-E. DE LA COUSSAYE. *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*. Éditions Masson, 2003. 216 pages.

G. LE BOTERF, *Ingénierie et évaluation des compétences (4<sup>ème</sup> édition)*. Les Éditions d'Organisation, 2002. 605 pages.

F. KAROLEWICZ. *L'expérience, un potentiel pour apprendre*. Editions L'Harmattan, 2000. 246 pages.

- **Ouvrages collectifs :**

J. BARUS-MICHEL, E. ENRIQUEZ et A. LEVY, *Vocabulaire de psychosociologie (1<sup>ère</sup> édition)*. Éditions Erès, 2002. 592 pages.

*Les concepts en sciences infirmières (2<sup>ème</sup> édition)*. Sous la direction de M. FORMARIER et L. JOVIC (A.R.S.I.). Éditions Mallet Conseil, 2012. 328 pages.

L.-M. MORFAUX et J. LEFRANC. *Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines (2<sup>ème</sup> édition)*. Éditions Armand Colin, 2005. 603 pages.

- **Articles de périodiques et revues :**

F. TERRANEO et N. AVVANZINO, *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives*. Revue Recherche en soins infirmiers n°87, décembre 2006. Éditions A.R.S.I. 9 Pages.

M.-A. VIGIL-RIPOCHE, *"D'exécuter un soin à penser le soin"*. Revue Recherche en soins infirmiers n°85, juin 2006. Éditions A.R.S.I. 12 Pages.

MAURICE C., *L'infirmier SP, le chaînon qui manquait...*, Revue Le sapeur-pompier magazine n°958, juin 2004.

G. LE BOTERF, *De quel concept avons-nous besoin ?* Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif. Revue Soins Cadres, n°41, 2002.

A. MONTENISOS, *La compétence professionnelle de l'infirmière*. Revue Objectif Soins, n°50, février 1997.

- **Documents publiés sur internet :**

Direction Générale de la Sécurité Civile et la Gestion des Crises, *Les statistiques des services d'incendie et de secours*, valeurs de 2012, Édition 2013. 82 pages.

[En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [www.interieur.gouv.fr/content/download/66618/482460/file/2013-StatsSDIS13BD.pdf](http://www.interieur.gouv.fr/content/download/66618/482460/file/2013-StatsSDIS13BD.pdf)

*La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Rapport de la D.R.E.E.S., février 2009. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

Direction de la Défense et de la Sécurité Civile/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*. Référentiel commun.

Édité le 25 Juin 2008, 65 pages. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Organisation\\_du\\_SAP\\_et\\_AMU\\_juin\\_2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Organisation_du_SAP_et_AMU_juin_2008.pdf)

M. PHANEUF, *Le concept de compétence comme structurant du programme de formation en soins infirmiers*. Édité le 16 septembre 2004. 6 pages. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Programme\\_par\\_competences.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Programme_par_competences.pdf)

*Les protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers de sapeurs-pompiers* - Direction de la Défense et de la Sécurité Civile. Ministère de l'Intérieur, septembre 2004. 2 pages.

[En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [http://www.interieur.gouv.fr/content/download/31029/232400/file/Protocoles\\_soins\\_urgence.pdf](http://www.interieur.gouv.fr/content/download/31029/232400/file/Protocoles_soins_urgence.pdf)

*Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences*, Rapport d'étape présenté par le Pr. Y. BERLAND, octobre 2003. [En ligne] - Consulté le 3 mai 2014. 58 pages.

Lien : [http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enphro/textes/rapport\\_berland.pdf](http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enphro/textes/rapport_berland.pdf)

V. MONTMARTEAU et V. DUBROUS, *La place des IDE dans le secteur de l'urgence en dehors de l'hôpital : L'infirmier de sapeurs-pompiers*, 2003. 8 pages. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [http://www.sfm.uqam.ca/fr/formation/cours\\_sup/telecharger/?id=50](http://www.sfm.uqam.ca/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=50)

C.-A. FRENETTE-LECLERC, *Sur le chemin de l'expertise*. Revue l'Infirmière du Québec, février 1991. Visible sur le site Infiressources. 10 pages. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014.

Lien : [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Sur\\_le\\_chemin\\_de\\_l\\_expertise.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Sur_le_chemin_de_l_expertise.pdf)

P. BENNER. *De novice à expert (Excellence en soins infirmiers)*. Visible sur le site Sideral Santé.

9 pages. [En ligne] - Consulté le 9 mars 2014. Lien : <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>

- **Textes législatifs :**

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au Journal Officiel n°183 du 9 août 2004.

Article R. 6311-1 du Code de la Santé Publique - [En ligne] - Visible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Article R. 6311-8 du Code de la Santé Publique - [En ligne] - Visible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Article R. 6123-15 du Code de la Santé Publique - [En ligne] - Visible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Article D. 6124-13 du Code de la Santé Publique - [En ligne] - Visible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Article L. 1424-1 du Code général des Collectivités territoriales - [En ligne] - Visible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.

Circulaire d'application DSC/10/DC/00-356 du 6 juillet 2000 relative à l'application du décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires.

Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours

- **Sites internet**

Site répertoriant les textes législatifs français - <http://www.legifrance.gouv.fr>

Site des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (A.N.I.S.P.) - <http://www.infirmierssapeurpompiers.com>

Site de l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers - <http://www.ensosp.fr>

- **Dictionnaires :** Dictionnaire Larousse Maxipoche. Édition 2010

## **Annexes**

### Annexe I : Organisation(s) et missions du S.D.I.S.

Selon l'article L.1424-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, les S.D.I.S., sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies.

Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.

Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes :

- La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile.
- La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours.
- La protection des personnes, des biens et de l'environnement.
- Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

### Annexe II : Grades des infirmiers Sapeurs-Pompiers

Grades fixés par l'arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'arrêté du 6 mai 2000 fixant les tenues, insignes et attributs des sapeurs-pompiers.

<b><u>Grades des Infirmiers Sapeurs-Pompiers</u></b>	
<b>Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire</b>	<b>Infirmier Sapeur-Pompier Professionnel</b>
Infirmier	Infirmier
Infirmier-principal	Infirmier-principal
Infirmier-chef	Infirmier-chef
	Infirmier d'encadrement

### Annexe III : Modèle d'acquisition des compétences selon Hubert L. Dreyfus et Stuart Dreyfus

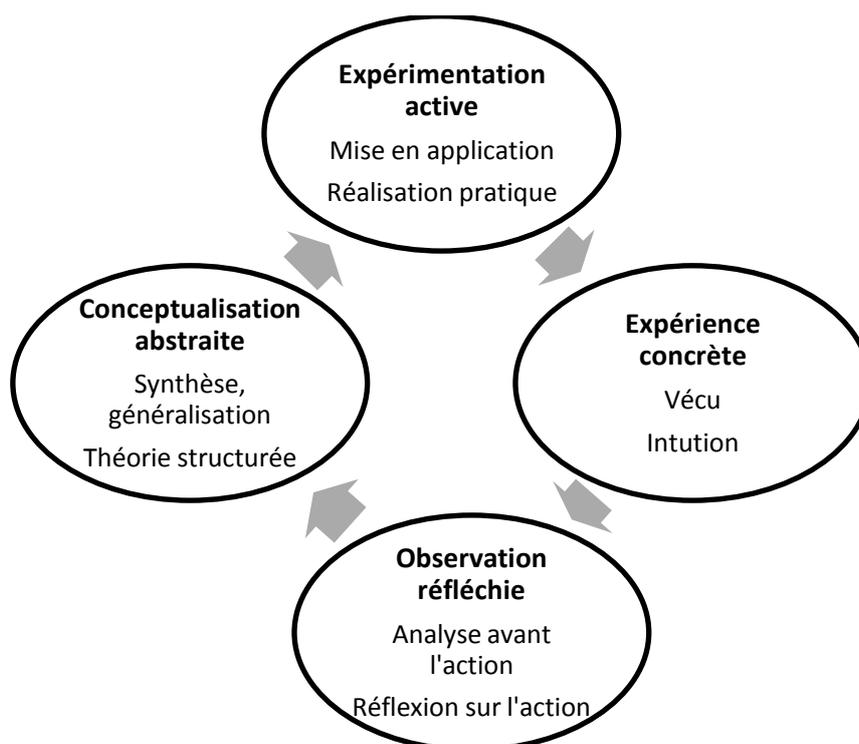
Phase 1	Débutant	Il suit les règles apprises sans (pouvoir) tenir compte du contexte.
Phase 2	Débutant avancé	Il va de l'avant de manière plus flexible par rapport aux règles apprises : il développe des règles de situation pour compléter les règles apprises (libres de tout contexte).
Phase 3	Intervenant compétent	Il met des priorités et détermine à partir de là quelles règles libres de contexte et quelles règles de situation il doit appliquer dans une situation spécifique.
Phase 4	Intervenant capable = maître	Il perçoit intuitivement la situation dans sa globalité et pense ensuite de manière analytique à ce qu'il doit faire ; il a assez d'expérience pour pouvoir indiquer les priorités et prend des décisions sur base de facteurs de situation.
Phase 5	Expert	Il n'agit plus sur base de règles, mais intuitivement sans qu'il doive constamment réfléchir sur le déroulement des activités.

Un modèle de développement professionnel (Dreyfus & Dreyfus, 1986).

Extrait de : G. CUYVERS, *Travail social : le développement dans un réseau de pratiques relationnelles*. Revue Pensée Plurielle n°25, mars 2010. Éditions De Boeck Supérieur.

Visible sur [www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2010-3-page-107.htm](http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2010-3-page-107.htm). Consulté le 9 mars 2014.

### Annexe IV : Le cycle d'apprentissage de David Kolb



Extrait de : D. KOLB, *Experiential Learning : Experience as the Source of Learning and Development*. Éditions Prentice Hall. 1984. Page 38. (288 pages).

Visible sur [www.pedagogeeks.fr/archives/3228](http://www.pedagogeeks.fr/archives/3228). Consulté le 9 mars 2014.

## Annexe V : Guide d'entretien

Dans le cadre de ma dernière année de formation, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'expérience et la prise en charge de l'urgence préhospitalière par l'I.S.P.

Je réalise donc une enquête exploratoire afin de répondre à la problématique suivante :  
Quelles sont les compétences favorisant la prise en charge d'une victime en milieu préhospitalier par l'I.S.P. ?

L'anonymat et la confidentialité des réponses recueillies est garantie.

Informations générales :

*Il s'agit ici de mieux connaître la personne interrogée sur son passé professionnel, afin de pouvoir faire le lien entre son âge, son expérience, son parcours, ...).*

- Depuis combien de temps êtes-vous I.D.E. ? Quel âge avez-vous ?
- Êtes-vous professionnel ou volontaire ? Depuis quand êtes-vous infirmier(e) sapeur-pompier ?
- Étiez-vous sapeur-pompier auparavant ?
- Pourriez-vous retracer votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?

*Ces questions visent à mettre en relation l'expérience et la compétence professionnelle.*

L'activité opérationnelle :

- À quoi vous fait penser la notion "d'urgence" ?
- Comment pourriez-vous définir une "bonne" prise en charge d'une urgence ?

*J'ai voulu savoir quelles sont les représentations de l'urgence selon les différents personnels afin de les lier à l'exercice professionnel civil et à l'ancienneté des I.S.P.*

- Selon vous, l'I.S.P. est-il suffisamment formé pour ne pas être "bloqué" dans son exercice opérationnel ?
- Selon vous, quelles qualités et compétences requiert la prise en charge de l'urgence vitale par l'I.S.P. ? Comment peut-il les acquérir ?

*J'ai voulu savoir quelles "explications" l'I.S.P. donne au bon déroulé de son exercice professionnel, afin de faire le lien avec la partie contextuelle.*

- Les protocoles établis au sein du S.D.I.S. 30 représentent-ils une aide, au regard de votre formation (F.I.A. et formations continues) et au terrain/contexte d'intervention ?
- Quelles peuvent-être les difficultés rencontrées par l'I.S.P. face à l'urgence ?

*J'ai voulu savoir quelles difficultés posent le plus de problèmes à l'exercice de la profession d'I.S.P.*

- Avez-vous remarqué une différence dans votre approche de la prise en charge de l'urgence entre le début de votre exercice professionnel et maintenant ? Selon vous, qu'est-ce qui a permis cette évolution ?
- D'après vous, l'expérience peut-elle avoir un/des rôle(s) à jouer face à ce type de prise en charge ? Le(s)quel(s) et pour quelle(s) raison(s) ?

*J'ai voulu savoir si l'I.S.P. pensait que l'expérience était un facteur influençant la prise en charge d'un patient-victime en préhospitalier.*

- Avez-vous une remarque à ajouter ?

*Dernière question plus globale qui permet à l'infirmier interrogé d'ajouter un commentaire sur un thème ou une notion proche que je n'aurais pas abordé.*

Annexe VI : Autorisation d'enquête auprès des I.S.P. du Service de Santé du Gard



Nîmes, le 7 mai 2014

Service de Santé et de Secours Médical  
REF : N° 2014-125-SSSM/PR/LM

Affaire suivie par le L'Infirmier d'Encadrement  
Paul RIBELLES

**ATTESTATION**

Je soussigné, Paul RIBELLES Infirmier d'Encadrement du Service de Santé et de Secours Médical autorise **Mr Arnaud SERRE**, dans le cadre de la rédaction de son travail de fin d'étude, à interviewer les Infirmiers Sapeurs-Pompiers sur leur expérience dans la prise en charge de l'urgence.

L'infirmier en chef  
Paul RIBELLES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Ribelles', is written over the printed name.

**Depuis quand exerces-tu la profession d'infirmier ?**

1 Alors, je suis diplômé depuis 2002. 2002, ça fait 12 ans.

**D'accord. Donc, tu es infirmier sapeur-pompier professionnel. Étais-tu sapeur-pompier avant ?**

2 Euh, j'ai été infirmier volontaire à partir de 2004.

**Est-ce que tu pourrais retracer ton parcours professionnel, en tant qu'infirmier, depuis l'obtention de ton diplôme ?**

3 Comme j'ai travaillé dans la réa avant de venir ici... Donc, j'ai fait comme toi un stage ici  
4 (au S.S.S.M.), de 5 semaines, l'été, en 2001. Après, j'ai travaillé en réa après le diplôme. Et  
5 puis, après, en psy. Aux urgences, enfin, c'était pas des urgences. C'était un secteur fermé  
6 avec des gens en crise et depuis 2004, en parallèle, j'ai conservé, enfin, j'ai eu une activité  
7 d'infirmier volontaire au S.D.I.S. Et je suis moniteur de secourisme depuis 2006. J'ai  
8 participé aux formations à l'hôpital.

**Donc là, je vais te poser plusieurs questions au niveau de l'activité opérationnelle. À quoi te fait penser la notion d'urgence ?**

9 (Réfléchit) À une détresse vitale.

**C'est-à-dire ?**

10 Ce n'est pas spécialement l'arrêt cardiaque quand il y a une urgence. Ça peut, mais ça se  
11 manifeste de façons différentes : un danger, une défaillance multi-viscérale, un arrêt. Ça  
12 peut être un tas de situations.

**D'accord. Donc, comment est-ce que tu pourrais définir, si tant est qu'on le puisse, une bonne prise en charge d'une urgence ?**

13 (Réfléchit). Le maintien de la personne jusqu'à sa prise en charge par un service  
14 hospitalier. Pour nous, c'est ça. On fait du préhospitalier.

**Selon toi, l'I.S.P. est-il suffisamment formé pour ne pas être "bloqué" dans son exercice opérationnel ?**

15 Après, est-ce que c'est un problème de formation ou de... (Cherche ses mots). Y'a la  
16 formation, le maintien... (Tousse). La F.M.A. (Formation de Maintien des Acquis), le  
17 maintien des acquis, et aussi l'approfondissement personnel, avec le... Comment on  
18 appelle ça ? Le développement professionnel continu qui fait que c'est aussi à nous d'aller  
19 chercher des compétences et des connaissances ailleurs que dans... Dans notre quotidien.  
20 Et après, c'est... Ce que l'on peut faire et ne pas faire qui est prévu par la loi qui peut  
21 parfois nous... (S'interrompt). Nos limites peuvent parfois nous mettre en difficulté. Parce  
22 qu'on peut nous envoyer sur des interventions en sachant qu'on ne pourra pas faire parce  
23 qu'on est pas habilité par la loi à le faire, et où c'est, il n'y a que le médecin qui est habilité  
24 à le faire, mais par contre, on va pas l'envoyer lui. Ça, ça peut être des situations. Prend le  
25 cas d'un arrêt, de, d'un enfant, la pose du cath' osseux où t'est pas habilité à poser tout seul.

26 Mais on arrivera peut-être pas à le perfuser, et ça sera le seul moyen de le prendre en  
27 charge. Ça, ça peut être un exemple. Je sais pas, si ça répond à ta question.

**Si, si, c'est une des questions qui arrivent après, donc, c'est parfait. Euh, donc, justement, pour toi, quelles qualités et compétences requièrent la prise en charge de l'urgence par l'I.S.P. ?**

28 Ben, y'a la pratique, la formation continue, et l'entraînement comme tout. Après, c'est  
29 comme pour les secouristes, il faut répéter régulièrement pour maintenir le niveau minimal  
30 de compétences, sinon...

**Une certaine dose d'expérience en quelque sorte...**

31 Et aussi l'expérience. Maintenant, y'a beaucoup de développement de l'apprentissage par  
32 simulation et d'entraînement par simulation et pas à l'ancienne méthode où tu apprends sur  
33 le terrain. Ça permet de ne pas mettre en danger les patients, mais ça, c'est valable de  
34 partout. C'est valable dans les S.D.I.S. comme à l'hôpital aussi. Au C.H.U., ils sont en train  
35 de développer un centre d'entraînement par simulation et de formation par simulation, c'est  
36 pas pour rien. Même, pour aller jusqu'à l'anesthésie, et les doses des drogues, les bonnes  
37 dilutions... Voilà, c'est partout pareil. C'est l'évolution moderne de l'entraînement. Après  
38 c'est comme de partout, il faut un entraînement minimal et régulier.

**Donc, on va revenir un petit peu sur ce que tu disais tout à l'heure. Les protocoles établis au sein du S.D.I.S. représentent-ils une aide, au regard de ta formation et au terrain/contexte d'intervention ?**

39 Oui, oui, parce que ça nous borne bien les limites de ce que l'on peut faire et ne pas faire.  
40 Les choses sont écrites et claires. Pour nous, comme pour nos partenaires qui participent à  
41 la prise en charge. On fait pas ce que l'on veut, on fait ce que le médecin-chef nous autorise  
42 à faire et nous demande de faire dans cette situation-là.

**Et... Les principales difficultés rencontrées par l'infirmier dans l'urgence, mis-à-part les... les limites législatives, tu en vois d'autres ?**

43 Y'a les limites législatives et y'a les limites personnelles aussi. Après, on est tous différents,  
44 et y'a des situations qui nous mettent plus en difficulté que d'autres, en fonction aussi de  
45 notre histoire, en fonction de voilà... Ça aussi... (Réfléchit). On a tous une part d'humain,  
46 tu peux pas être indifférent à tout, tout le temps. Après, d'autres difficultés, ce sera la  
47 difficulté organisationnelle souvent. Plus que des conflits de service qui peuvent nous  
48 mettre, nous, en difficulté, parce qu'on se retrouve pris entre les deux. Et ça, quel que soit  
49 l'endroit où on l'on travaille.

**Est-ce que tu as noté une différence dans ton approche de la prise en charge de l'urgence entre le début de ton exercice professionnel et maintenant ?**

50 (Réfléchit). Ben oui, parce qu'une amélioration... (S'interrompt et cherche ses mots).  
51 Enfin, comment dire ? C'est les acquis de l'expérience avec les situations que j'ai déjà  
52 rencontré. J'ai pas tout rencontré, hein ! (Rires). ... Qui me permettent de mieux  
53 appréhender celles que je rencontre aujourd'hui.

**Et donc, ce qui a permis pour toi cette évolution, c'est ton expérience construite au fur à mesure de ton évolution de carrière ?**

54 Oui, ben après, on participe... Comment dire ? C'est valable pour tout le monde ça. Y'a une  
55 amélioration avec le temps. (Le téléphone sonne mais s'interrompt après une sonnerie).

**Euh... D'après toi, l'expérience peut-elle avoir un rôle à jouer face à la prise en charge de l'urgence ? Et, pour quelle raison ?**

56 (Réfléchit longuement et répond en pesant ses mots). Ben, parce que je te dis, c'est le fait  
57 d'avoir déjà été confronté aux difficultés, d'avoir déjà... Du trouver des solutions aux  
58 situations qu'on rencontre. Ça nous permet de... Ben voilà, de trouver plus facilement pour  
59 la fois d'après. Après, on travaille pas tout seul, on travaille en équipe et on bénéficie aussi  
60 de l'expérience des gens avec qui on travaille. Les secouristes, même s'ils ont d'autres  
61 compétences, ils font aussi partie de l'équipe, ils ont aussi des solutions, qui sont...  
62 Souvent aussi bonnes (Rires). Et on n'est pas tout seul. C'est un travail d'équipe. Et puis, si  
63 à un moment, on atteint nos limites, ben, il faut en être conscient et savoir demander de  
64 l'aide, pour avoir un renfort, un conseil téléphonique ou une prescription téléphonique...  
65 Pour pas rester... Il faut pas inventer des solutions. Il faut appliquer des solutions qui sont  
66 protocolées, établies, et reconnues, et si on ne les connaît pas, et ben, on va les chercher  
67 auprès de ceux qui les connaissent. Le tout, c'est d'être conscient de ses limites. De pas  
68 vouloir faire plus que, que, ce qu'on a le droit de faire. Plus que ce qu'on sait faire, et savoir  
69 dire à un moment "Stop, je passe la main", ou "je demande de l'aide", ou voilà... Et ça, je  
70 pense qu'on est tous... Ce qui est dangereux, c'est de ne pas être conscient de ces limites-  
71 là... On peut pas te reprocher à un moment de... Une fois que t'as appliqué tout ce qu'on t'a  
72 habilité à faire, ça va, par contre, on peut te reprocher de faire n'importe quoi et d'avoir  
73 voulu faire quelque chose que tu ne maîtrisais pas ou pas suffisamment.

**D'accord. Et...**

74 Je ne sais pas si j'ai bien répondu.

**Si, si, si.**

75 (*Rires*). Non mais si je me suis bien fait comprendre.

**En tout cas j'ai compris moi...**

76 Bon (*rires*) ça va alors. J'espère que j'ai répondu à tes attentes, à tes questions...

**Non, ben écoute, ça va pour moi. Est-ce que tu as une remarque à ajouter ?**

77 Non, après... Oui, si tu peux me faire lire ton travail quand tu auras fini, ça m'intéresse.

**Très bien, merci.**

**Depuis quand est-tu infirmière ?**

1 Euh... I.D.E., 2002. Ça fait 12 ans.

**O.K., tu es infirmière de sapeurs-pompiers professionnelle, mais depuis quand es-tu I.S.P. ?**

2 Y'a deux choses différentes, je suis infirmière de sapeurs-pompiers, euh, dès que j'ai été  
3 diplômée, l'année d'après, donc 2003, puisqu'on est stagiaire pendant un an. Donc I.S.P.,  
4 2003. Professionnelle, c'est différent. Là, j'étais volontaire. Voilà. Donc volontaire : 2003.  
5 Professionnelle, depuis 2010.

**Très bien, tu étais sapeur-pompier avant ?**

6 Oui, sapeur-pompier volontaire avant d'être infirmière. J'étais chef d'agrès.

**Et, est-ce que tu pourrais retracer rapidement ton parcours professionnel depuis l'obtention de ton D.E. ?**

7 Alors... À partir du D.E. ? Donc à partir du D.E.... Donc, j'ai fait de l'intérim, en  
8 oncérologie. J'étais sur Avignon, à l'Appel Médical. Donc oncérologie, urgences. Après,  
9 j'ai intégré les Franciscaines, en réa cardio. De là, je suis partie à Alès, aux Urgences-Réa.  
10 En fait, j'étais au Pôle, je tournais : moitié Urgences, moitié Réa, j'étais sur les deux. Et  
11 après, d'Alès, je suis allée à Nîmes, à l'époque, c'était la rue Hoche, Gaston-Doumergue.  
12 Donc, aux Urgences, de là, on a déménagé à Carémeau, toujours aux Urgences, et après  
13 les Urgences, le S.M.U.R. Voilà.

**Très bien, donc là, je vais te poser plusieurs questions, notamment sur l'activité opérationnelle. Euh, à quoi te fais penser la notion d'urgence ?**

14 Ouah ! Vague question. La notion d'urgence ? C'est... À quoi ça me fait penser ?

**On n'a pas tous la même notion. Si tu es un peu plus expérimentée que moi, on n'a pas tous la même notion d'urgence, je suppose. De la même façon que quelqu'un qui travaille en réa ne va pas avoir la même notion que quelqu'un qui est en E.H.P.A.D par exemple.**

15 Ouais, la notion d'urgence... Moi, je dirais la vie. C'est le pronostic vital qui est en jeu.  
16 Voilà, c'est ce que m'évoque la notion d'urgence pour moi. Après, y'a l'urgence vraie, enfin,  
17 absolue, les urgences relatives. Quand on dit que c'est vraiment une question d'urgence, ça  
18 ne peut pas attendre (rires). C'est quelque chose qui ne peut pas attendre et, qui doit être  
19 pris en charge rapidement, sinon, le pronostic vital est engagé et la personne peut décéder.  
20 Donc ça, c'est une urgence. Tout le reste, euh, c'est-à-dire, une intervention où la notion  
21 d'urgence peut attendre, elle attendra. Mais ce ne sera plus une urgence, elle sera  
22 requalifiée.

**Comment, est-ce que tu pourras définir la bonne, entre guillemets, la bonne prise en charge d'une urgence en fait ?**

23 En tant qu'I.S.P. ? Y'a pas vraiment de bonne prise en charge. Y'a une prise en charge, au  
24 mieux, par rapport à la victime, par rapport à la situation et à l'instant T où on l'a pris en  
25 charge. Y'a pas vraiment de bonne ou mauvaise. Y'a vraiment ce que l'on peut faire, ce que  
26 notre décret nous autorise à faire, ce que le médecin nous a délégué par protocole. Là, on  
27 parle vraiment de l'opérationnel, donc, que ce que le médecin-chef m'autorise à faire, dans  
28 le cadre seulement de l'urgence. Donc si, vraiment, j'ai reconnu la notion d'urgence, je vais  
29 mettre en place un protocole, si je ne suis pas face à une situation d'urgence, je ne ferais  
30 pas de protocole. Donc en fait, il n'y a pas vraiment de bon ou mauvaise... Y'a une prise en  
31 charge, au mieux, à l'instant T par l'infirmier, et si j'ai besoin, je vais demander mon renfort  
32 médical, ici, au C.O.D.I.S.

**Très bien, donc selon toi, est-ce que l'I.S.P. est suffisamment formé pour ne pas être, encore une fois à mettre en guillemets, bloqué lors de l'activité opérationnelle ? À la sortie du D.E., les formations P.I.S.U., la formation initiale...**

33 Bloqué ? C'est-à-dire ? Par rapport à quoi ?

**Euh, quelles vont être les facteurs qui vont le gêner, le freiner, dans son activité ?**

34 Le freiner par rapport à son activité, donc, y'a le manque de culture du milieu de sapeurs-  
35 pompiers, parce que l'infirmier, est normalement, une plus-value et arrive dans un milieu  
36 qui est déjà constitué, déjà formé. Celui de pompiers. C'est déjà un métier en lui-même, et  
37 s'il ne connaît pas cette culture, il ne pourra jamais s'intégrer. Ni s'intégrer, ni essayer de  
38 faire quelque chose (Cherche ses mots) Parce qu'en fait, il ne comprendra pas ce que font  
39 les sapeurs-pompiers. Le métier d'infirmier est bien spécifique, on fait des études et cætera,  
40 et en aucun cas, on est prêt, ni formé pour arriver sur le terrain de situation d'urgence au  
41 milieu de sapeurs-pompiers. Donc déjà ça, le manque de culture. Le manque de formation,  
42 euh... Les études ne suffisent pas dès la sortie de l'I.F.S.I. pour aller faire pin-pon et  
43 intervenir seul. Voilà, c'est très risqué. Certes, c'est passionnant, mais c'est très très risqué  
44 pour un infirmier d'aller faire ça. Donc manque de formation. Même les P.I.S.U. ne  
45 suffisent pas, parce que les interventions, heureusement pour les victimes, y'en a de moins  
46 en moins qui sont graves. Il faut être honnête, y'a des statistiques, on fait de moins en  
47 moins d'interventions très très graves, enfin, critiques en tout cas. Donc, le manque de  
48 pratique, le manque de formation entraîne... Des blocages, des malaises en intervention  
49 parce qu'on a perdu l'habitude, on perd nos automatismes, on perd beaucoup de choses,  
50 même si on dit que ça revient, il faut du temps. Le manque de pratique, même en temps  
51 qu'I.S.P., les interventions, c'est la dernière de nos missions. Voilà, donc, d'abord, on  
52 déroule toute nos missions, donc l'aptitude et cætera, mais comme l'opérationnel vient en  
53 dernier, on en fait de moins en moins, c'est notre dernière mission, du fait, on est peut-être  
54 pas, ce n'est pas objectif, mais on n'est pas suffisamment entre guillemets, entraînés ou  
55 capables à 100 % de faire des missions. Même si on essaie au mieux, hein ?!

### **Je me doute (rires).**

56 On fait au mieux. Voilà, moi, je dis qu'aujourd'hui, avec ce que j'ai, je fais au mieux. Et  
57 heureusement que mon expérience d'Urgences-S.M.U.R.-Réa, je l'ai, parce que je n'aurais  
58 pas pu assurer. Ce n'est pas suffisant pour aller en intervention. Je risque mon diplôme tout  
59 le temps.

### **Justement, cette expérience, elle t'a... Ça t'a posé les fondements de ta connaissance, de la pratique. Non ?**

60 Mes connaissances ? Oui. Après, comme ça évolue tellement, que, euh, à un moment  
61 donné, on est dépassé. C'est-à-dire que moi, depuis 2002, maintenant, voilà quoi. Les  
62 autres arrivent derrière, y'a de nouvelles choses, de nouvelles pratiques, du nouveau  
63 matériel, nouvelles prises en charges, ce n'est pas suffisant. Ce que l'on apprend pendant  
64 les 3 ans et demi d'études, ça ne peut pas aller jusqu'à notre retraite. Entre temps, on a  
65 besoin de quelque chose de nouveau, de réactualisé, de se mettre un peu au goût du jour  
66 quoi. Voilà, il faut un récapitulatif, il faut s'évaluer, tout le temps se remettre en question,  
67 savoir ce que l'on fait bien, ce que l'on peut améliorer. C'est-à-dire que les études et ce que  
68 j'ai fait à l'hôpital, c'est un peu des bases pour faire ce que je fais aujourd'hui.

### **Donc, selon toi, quelles sont les qualités et les compétences que requièrent la prise en charge de l'urgence par l'I.S.P, et comment est-ce qu'il pourrait les acquérir ?**

69 Euh... Pfu... Capacités, qualités, euh, ouais, ça se regroupe. Je dirais les mêmes que  
70 celles d'un infirmier "lambda", tout ce que l'on a vu pendant les études, c'est la même  
71 chose. La confiance en soi, pour pouvoir gérer les situations, parce que si l'on manque de  
72 confiance, on part en stress, parce que le stress est communicatif, que s'il n'y a pas cette  
73 affirmation et cette confiance en soi, on va arriver auprès d'une équipe et on va être  
74 complètement paniqué et on ne pourra pas prendre en charge la victime correctement,  
75 même si on est allé à l'école, même si a les bases, même si on a la technicité, même si on a  
76 tout ça, j'vais dire, le savoir-être, le savoir-faire, et cætera, tout ça, c'est très beau, mais y'a  
77 pas le "savoir-humain". Y'a être humain et le savoir-humain, ce n'est pas un savoir, c'est un  
78 comportement, ça ne rentre ni dans les qualités, ni dans tout ça... Enfin, pour moi. On peut  
79 tout nous apprendre, on peut savoir les choses par cœur, on peut être très bon technicien,  
80 savoir poser des cath' et cætera, préparer les drogues niquel et tout. Ça, c'est au-delà.  
81 Quand on arrive sur l'intervention, c'est au-delà, c'est dans la confiance, c'est dans l'humain  
82 quoi. Ça, je pense que c'est l'une des qualités qui doit être primordiale. Une fois que l'on est  
83 posé, que l'on a confiance, qu'on sait où on va, qu'on maîtrise notre matériel, nos  
84 connaissances, eh bien déjà, on a bien dégrossi le truc, et après, on peut, on est assez  
85 lucide, assez clair pour après, prendre en charge correctement les victimes et faire ce que  
86 l'on doit faire, sinon on peut vite se laisser déborder, et l'intervention en elle-même, du  
87 début jusqu'à la fin va mal se passer, parce qu'on ne sent pas bien et on arrive sur l'inter'  
88 pas bien et voilà.

### **C'est connaître ses limites...**

89 Oui, c'est aussi connaître ses limites. Ah ça, c'est évident. C'est la base de tout.

**En quoi les P.I.S.U. dont tu parlais tout à l'heure et dont tu as participé à la rédaction représentent-ils une aide dans ta pratique ?**

90 En fait, c'est un apport supplémentaire et ça sécurise. C'est-à-dire que ça légalise ce que je  
91 vais faire, euh, ça sécurise parce que le médecin-chef me délègue sur protocole de faire des  
92 gestes. Le médecin-chef, lui n'a pas vu la victime, ne connaît pas les personnes, donc, il  
93 nous laisse les pleins-pouvoirs d'agir, en urgence, par rapport à ces victimes. Le protocole  
94 en lui-même nous aide. C'est même plus qu'une aide, c'est une sécurité pour notre Diplôme  
95 d'État d'Infirmier. Notre décret de compétences nous dit qu'on doit faire face à une urgence  
96 et tout mettre en œuvre en attendant qu'un médecin puisse intervenir ou on intervient sur  
97 protocole. C'est-à-dire qu'au jour d'aujourd'hui, si on n'avait pas les protocoles, je sortirais  
98 en intervention, et je serais sur prescription médicale. Je devrais appeler un médecin, faire  
99 un bilan pour qu'il me donne l'autorisation de faire un acte. Le protocole m'autorise à faire  
100 les gestes sans que le médecin intervienne. C'est-à-dire que devant une urgence, je vais  
101 directement mettre en œuvre mon protocole, et donc, ça me protège parce que j'ai un  
102 protocole daté, signé et nominatif en mon nom que le médecin-chef me donne. Voilà, donc,  
103 c'est bien plus qu'une aide. C'est carrément très important, sans protocole, on ne pourrait  
104 pas sortir sr l'intervention parce qu'on ne ferait rien de plus que les pompiers ou le chef  
105 d'agrès. C'est-à-dire que l'on n'aurait pas l'autorisation de faire sans demander à un  
106 médecin... Sans passer par la régul' où là, c'est une prescription téléphonique d'un médecin  
107 où il faut faire un bilan. Y'aurait pas la plus-value de l'infirmier sapeur-pompier.  
108 Le V.S.A.V. ferait sans nous, et attendrait que le S.M.U.R. arrive.

**On en avait discuté lors du stage, mais quelles sont les difficultés que peut rencontrer l'I.S.P. face à l'urgence ? Y'a l'émotionnel, mais...**

109 Les principales difficultés, c'est le positionnement par rapport à une équipe parce que  
110 quand on est avec un médecin, c'est compliqué, quoi que, ils respectent davantage le  
111 médecin parce que c'est (cherche ses mots) c'est, c'est le docteur, il faut dire ce qu'il en est.  
112 La difficulté de l'infirmier, c'est que quand il arrive, il n'est pas pris au sérieux. Ça dépend  
113 vraiment des équipes, ça dépend d'où on se trouve dans le département, mais la position  
114 elle-même de l'infirmier, elle est très difficile, parce que les pompiers quand ils demandent  
115 une assistance médicale s'attendent à voir arriver un médecin et pas que un infirmier. La  
116 difficulté, c'est qu'ils ne savent pas jusqu'où on peut aller, tout ce qu'on peut faire, nos  
117 capacités, nos champs de compétences, tout ça, ils n'en ont pas conscience. Eux, c'est vrai  
118 que c'est du secourisme et à un certain moment, on leur dit : Appelez un docteur. Eux, ils  
119 retiennent ça et la difficulté de l'infirmier, c'est justement arriver et faire passer le truc en  
120 disant "Voilà, j'ai ça et ça à faire, y'a une situation d'urgence, je suis capable de faire ça, je  
121 vais ça". Parce que sur l'intervention, le chef reste toujours le chef d'agrès du V.S.A.V.,  
122 même si l'infirmier est là et que médicalement, il voit des choses, ça reste quand même le  
123 chef d'agrès du V.S.A.V. qui décide de l'intervention. Donc, c'est vrai que le  
124 positionnement de l'infirmier, il est difficile parce qu'on n'est pas suffisamment intégré,  
125 suffisamment nombreux au sein du département. On part pas sur toutes les interventions  
126 non plus, ça, ils ne comprennent pas toujours pourquoi, sauf qu'on ne peut pas aller sur tout  
127 et n'importe quoi, hein ! Mais on est quand même des infirmiers, professionnels de la  
128 santé, on n'est pas que des secouristes. On est là pour apporter un plus, si on n'apporte pas

129 un plus, ils ne vont pas comprendre. D'ailleurs, ils ne comprennent pas. Donc du coup, on  
130 est un peu des "Sers-à-rien" (rires), ils n'ont pas vu le truc en plus qu'on pouvait apporter  
131 donc, pour eux, voilà... Et ça vis-à-vis de l'infirmier, des fois, on le vit mal, des fois, c'est  
132 pesant de se faire entendre dire ça, parce qu'on a fait des études...

**Y'a mieux comme ambiance... (Rires)**

133 (Rires). Y'a mieux comme ambiance et puis voilà, nous on sait qu'on peut faire des choses  
134 pour la victime, mais voilà, ça reste difficile quand même.

**On approche de la fin, est-ce que tu as remarqué une différence dans ton approche de la prise en charge de l'urgence entre le début de ton exercice et maintenant ? Et selon toi, qu'est-ce qui a permis cette évolution ?**

135 Euh... Des différences oui. Parce qu'au début, tout est beau, tout est neuf. Quand on  
136 découvre les choses, on est super motivé, et cætera et j'ai vu, un peu se dégrader la prise en  
137 charge du secours à personne. Au fil des années, je vois les prises en charge, pour moi,  
138 insuffisantes, et ça, ça me bouscule un peu, quoi, parce que, je ne suis pas que infirmière,  
139 je suis moniteur de secourisme, j'ai l'expérience de l'hôpital, du préhospitalier et j'avais  
140 l'expérience d'être sapeur-pompier avant, donc, je vois aussi les deux côtés. Je vois le côté  
141 Service de Santé infirmier et je vois le côté pompier, et j'ai vu donc, cette évolution du  
142 secourisme qui est en chute, c'est-à-dire qu'au niveau des prises en charge, des fois, on  
143 arrive, et même le minimum, il n'est pas fait pour les victimes quoi. Donc, c'est l'infirmier  
144 ou le médecin qui se rendent compte de choses... On va modifier les techniques, les prises  
145 en charge, parce qu'il faut repartir vraiment de la base, et ça, je trouve ça désolant, parce  
146 que je me dis que demain, ça peut être moi et ce n'est pas comme ça qu'on leur avait appris,  
147 et ça, ça me peine. C'est la chaîne, ils sont le premier maillon, si déjà, quand on arrive, le  
148 V.S.A.V. a pas fait plus qu'une ambulance privée, autant qu'on parte avec des ambulances  
149 privées, mais ce n'est pas le but. Donc, j'ai vu cette évolution-là, et voilà, j'espère qu'on va  
150 se rattraper, que ce n'est qu'une question de temps et que ça va évoluer et changer. Après  
151 moi, dans ma prise en charge, ça modifie un peu mon boulot parce que, je refais des fois du  
152 secourisme et du coup, l'infirmier doit se concentrer et sur son côté infirmier et sur le  
153 secourisme. Euh, il faut faire les deux, quoi. Et des fois, ben, ce n'est pas évident, parce  
154 que, moi, j'me dis, heureusement que j'ai une formation de moniteur de secourisme parce  
155 que les études d'infirmière ne m'auraient pas suffi en arrivant. C'est que le métier  
156 d'infirmier, ça ne va pas être le secourisme comme on l'emploi aujourd'hui...

**Avec l'A.F.G.S.U...**

157 Avec l'A.F.G.S.U. qui est adapté au milieu hospitalier, qui est pas du tout adapté au  
158 préhospitalier. Ce n'est pas du tout la même chose qu'avec les pompiers. Le  
159 préhospitalier, c'est vraiment à part.

**Le travail en équipe y est primordial. Le P.S.E., ce n'est pas du tout l'A.F.G.S.U.**

160 Ouais. Ça n'a rien à voir, ce sont deux choses totalement différentes. Donc voilà, c'était  
161 surtout par rapport à ça, après l'évolution, on suit les choses... On s'adapte, y'a beaucoup,  
162 beaucoup d'adaptation...

### **Aux médecins, aux patients, aux conditions...**

163 À tout. T'as du t'en rendre compte. À la météo, à tout. On doit s'adapter, c'est le grand mot.  
164 C'est l'adaptation, l'adaptabilité à tout, tout le temps.

### **Ouais, je crois qu'au cours des trois ans, c'est ce que l'on remarque le plus...**

166 Ah mais c'est énorme. Il faut être vraiment polyvalent. S'adapter, polyvalent. Ce sont  
167 vraiment les qualités... On ne peut pas nous reprocher ça (Rires).

### **Mais du coup, au niveau personnel, si tu reviens douze ans en arrière, concrètement, qu'est-ce que l'expérience t'a amené dans ta pratique quotidienne de l'urgence, si l'on peut dire ?**

168 De la connaissance... De la sérénité aussi. Je suis quand même plus sereine dans une prise  
169 en charge de détresse vitale maintenant que je ne l'étais il y a douze ans. Une certaine  
170 forme de tranquillité, parce que tu te connais... En fait, ça amène surtout une amélioration  
171 parce que, voilà, tu connais certaines choses, tu sais comment ça se va passer, tu... Tu sais  
172 mieux comment les choses vont se dérouler... Tu es meilleur dans ta technicité, dans ton  
173 organisation, tout ça...

### **D'après toi, l'expérience a-t-elle un rôle à jouer dans la prise en charge de l'urgence, et pour quelle raison ?**

174 L'expérience, euh, oui. Ça joue, parce que c'est l'expérience qui fait que comme on a déjà  
175 rencontré beaucoup de situations, on va être plus à même de réfléchir, plus à même de faire  
176 une analyse, et on va être plus à même de pratiquer des gestes. Parce qu'au final, quand  
177 même, il va falloir ramener ce malade, ce patient, cette victime, peu importe jusqu'au  
178 centre hospitalier et après, on se déchargera avec l'hôpital pour envisager la suite. Mais du  
179 moment où on a rencontré plus de situations, où on a fait face à de nombreuses situations,  
180 parce que ce ne sont jamais les mêmes et heureusement. On va être plus à même de  
181 réfléchir et de faire ce que l'on a à faire. L'expérience est super importante parce que c'est  
182 elle qui te donne la confiance... Plus on fait, et plus on sait faire. C'est évident.

### **Ça rejoint la notion de polyvalence dont tu parlais...**

183 Ouais. L'expérience, c'est hyper important parce que dans le préhospitalier, t'es observé.  
184 C'est-à-dire que les pompiers te regardent, te dévisagent de haut en bas, c'est vraiment...  
185 Même au bout de je ne sais pas combien d'années. C'est vraiment une profession où le  
186 médecin, on lui dira rien, où l'infirmier dès qu'il va faire la moindre erreur ou dès qu'il va  
187 se louper, il va s'en prendre plein la tête, et même s'il ne se loupe pas, de toute manière, il  
188 va s'en prendre plein la tête.

### **Y'a toujours ce distinguo entre les noirs et les rouges.**

189 Ah oui, mais ça c'est évident. Donc l'expérience fait que plus on a fait, on a l'expérience  
190 pour dire "Attends là, il va se passer ça, on fait ça", après, ils peuvent rien dire quoi...  
191 Quand ils voient qu'on est compétent, parce que la compétence... L'expérience va quand  
192 même avec la compétence. Plus on a d'expérience, c'est vrai... La compétence, si t'est  
193 compétent, à un moment donné, et même quand t'est compétent, des fois, ce n'est pas  
194 suffisant quoi. T'as beau avoir un lourd bagage derrière toi où t'as fait tes preuves, parce

195 que chez les pompiers, on n'a pas besoin de faire nos preuves. J'veux dire, on est déjà  
196 infirmier, ce n'est pas à eux que l'on doit le prouver. Notre diplôme, on l'a eu, ils n'étaient  
197 pas derrière nous pendant trois ans et demi d'études, ce n'est pas eux qui nous ont  
198 évalués... Je veux dire, chacun son métier, on n'a pas à leur prouver quoique ce soit. Ce  
199 sont deux métiers différents. On a suffisamment été évalués pendant nos études, on a  
200 suffisamment eu de quoi réviser, de quoi apprendre pour passer notre diplôme pour aller se  
201 faire juger ou évaluer par des pompiers. Tu vois ce que je veux dire ? Ça suffit quoi, on n'a  
202 rien à leur prouver ! Nous, si on doit quelque chose, c'est à la victime. C'est elle que l'on  
203 prend en charge. Pas à l'équipe de pompiers. Et ça, la personne la plus importante sur  
204 l'intervention, ce n'est pas l'infirmier, ce n'est pas le pompier, c'est la victime. Et c'est elle  
205 que l'on doit ramener jusqu'à l'hôpital. Voilà, ça, c'est le préhospitalier, après, à l'hôpital, ils  
206 se débrouillent, mais nous, notre but, c'est vraiment de l'amener jusqu'à l'hôpital. On va  
207 faire au mieux dans la prise en charge, mais voilà. C'est vrai que l'expérience, quand on a  
208 de l'expérience, déjà, ils le voient, parce qu'on n'est pas là, en train de trembler, ça revient à  
209 la confiance. À l'expérience, à la compétence. Tout ça, c'est vraiment lié. Déjà, quand on a  
210 ça, on part avec un bagage un peu plus solide et dès qu'il y a un truc qui va sortir de  
211 l'ordinaire, on ne va pas être déstabilisé. Parce que même si on a l'expérience, hop, douleur  
212 thoracique, on en a fait 40, 90, 300 ! Oui, mais la 301<sup>ème</sup>, elle va être différente des autres,  
213 et quand on sort d'un truc que l'on n'a pas l'habitude de faire, eh bien, il ne faut que l'on soit  
214 déstabilisé. D'où l'adaptation et cætera. Et surtout la compétence, se dire "Ah ben tiens, ça,  
215 ça me fait penser à ça, mais ça fait longtemps". L'analyse, donc il faut aller chercher dans  
216 la tête...

### **Le jugement clinique, tout ça...**

217 Ouais, c'est hyper important. Y'a des choses qui ne s'apprennent pas à l'école, que l'on  
218 apprend que sur le terrain, et c'est au feeling, à l'intuition, c'est voilà. C'est ni dans les  
219 livres, c'est, c'est ton expérience, ton vécu, parce qu'on vit les interventions différemment.  
220 Des fois, sur la même intervention, le médecin aura vu des choses que nous, on n'aura pas  
221 vu et inversement. Et c'est vraiment un vécu, c'est personnel. Il faut le vivre pour pouvoir  
222 le raconter et le dire parce que si tu ne le vit pas, t'as aucune notion de ce que ça peut être,  
223 ce que ça peut représenter, mais pourquoi t'as été mal à l'aise, pourquoi t'as mal fait ou  
224 pourquoi t'as mal géré. Oui, des cath', je sais en poser 50 ! Oui, ça je sais le faire, je sais te  
225 mettre de l'oxygène, je sais te préparer des drogues, mais ce n'est pas que ça ! Ce n'est pas  
226 que ça. Y'a autre chose, c'est l'à-côté. C'est être humain ou le savoir-humain qui est...  
227 Voilà. Je ne sais pas si ça suffit.

### **C'est exactement les thèmes de mon mémoire. J'en ai fini, est-ce que tu as une remarque à ajouter ?**

228 Non. Bon courage pour ton mémoire, je te souhaite de bien bosser. C'est sympa que t'es  
229 choisi un sujet comme ça et sur ce milieu.

**Alors, entrons directement dans le vif du sujet, depuis combien de temps est-tu infirmière ?**

1 Donc, je suis infirmière depuis... Novembre 2011, ça va faire bientôt quatre ans.

**Euh, donc, tu es infirmière sapeur-pompier. Tu es volontaire ?**

2 Oui, c'est ça.

**Depuis quand ?**

3 Fin janvier 2014. (Rires). C'est tout nouveau. (Rires).

**Tu n'étais pas sapeur-pompier auparavant ?**

4 Non, pas du tout.

**D'accord. Est-ce que tu pourrais retracer rapidement ton parcours professionnel depuis l'obtention de ton D.E., s'il te plaît ?**

5 Je suis rentrée au C.H.U. (de Nîmes) en... (Réfléchit) Février 2012. Au Pool A.R.D.U. Et  
6 depuis, je tourne entre les différentes Réa surtout, et un peu les Urg', mais surtout la  
7 Réanimation.

**O.K., donc maintenant, je vais te poser quelques questions au niveau de l'activité opérationnelle. Donc, à quoi te fais penser la notion d'urgence ?**

8 Ouah ! Préhospitalière ?

**Entre autre.**

9 Euh... Pfff ! Y'a plein de mots là ! Ça dépend. Elle est vague ta question ! (Rires).

**Ouais, je sais, tu n'es pas la première à me le dire. (Rires).**

10 Euh, je sais pas... En préhospitalier, c'est la prise en charge quelle qu'elle soit d'une  
11 personne en détresse plus ou moins vitale. Plus vital que moins quand même, hein! (Rires).  
12 À domicile ou à l'extérieur. Après, ici, (en service), c'est plein de trucs ! C'est l'hémorragie,  
13 le choc qu'il soit septique, cardiogénique, ou autre. Une défaillance rénale avec une  
14 hyperkaliémie. La détresse respi'. C'est le patient qu'il faut stabiliser au niveau  
15 hémodynamique, qui est labile sur sa tension. Enfin, tu le vois en ce moment, tu t'en est  
16 rendu compte ! Ça peut être une défaillance cardiaque, avec au taquet de catécholamines.  
17 Après, y'a une notion, je sais pas si c'est le terme le plus approprié, mais y'a une question  
18 de rapidité, de bien faire les choses, de concentration... Mais c'est un travail d'équipe, t'as  
19 le médecin, ton interne et tes autres collègues infirmiers, en préhospitalier, ce seront les  
20 pompiers et l'Akim (nom de code du médecin).

**D'accord. Comment est-ce que tu pourrais définir une bonne, sachant, qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise, une bonne prise en charge d'une urgence ? En préhospitalier, en tant qu'I.S.P.**

21 Euh... Être le plus tôt possible sur les lieux. Avoir un renfort médical qui est demandé  
22 assez rapidement s'il y en a besoin. Et après, appliquer suivant la nécessité, appliquer les  
23 bons gestes, avec un médecin s'il y a besoin. J'sais pas après...

**Non, non, non, mais t'inquiète, j'suis pas là pour juger moi, c'est l'inverse normalement ! (Rires).**

24 (Rires). Ouais, c'est sûr. Enfin, plus pour très longtemps. Après, y'a un autre truc aussi  
25 hyper important, mais c'est de repérer tes signes, ton... Ton environnement.

**C'est-à-dire ?**

26 Euh... Comment t'expliquer ? (Cherche ses mots) L'anticipation. Voilà, c'est ça !  
27 L'anticipation. Ce que tu fais ici, ta surveillance clinique, tes P.S.E., les constantes, tout ça.  
28 Et puis, des fois, c'est aussi s'écouter. Je commence à le faire en service, pas en tant  
29 qu'I.S.P., j'ai pas assez d'expérience, mais, ton... Ton instinct. Tu le sens, tu te fais "Tiens,  
30 lui, il va merder", ou "Là, j'le sens pas, c'est bizarre". Certains médecins te font confiance à  
31 ce niveau-là. Et puis, pour revenir à ta question de départ, ben, la bonne prise en charge,  
32 elle va passer par ta connaissance de ton matériel, de la V.R.M., de tes protocoles, tout ça.  
33 D'où sont les choses. Et puis de ta connaissance de toi-même aussi.

**O.K., donc est-ce que selon toi l'I.S.P. est suffisamment formé pour ne pas être, en guillemets, bloqué lors de son activité opérationnelle ?**

34 Ben ça dépend s'il est seul ou pas, et ça dépend de l'intervention. S'il est protocolé et que ça  
35 correspond, il peut faire la prise en charge adaptée, après, s'il est avec le médecin, il est  
36 suffisamment formé. Il faut un minimum d'expérience à l'hosto, j'pense. Enfin, au moins,  
37 un minimum d'expérience dans le monde de l'urgence pour... Pour être opérationnel  
38 comme il faut. Après, s'il est seul sur l'intervention, essayer de voir au plus facile, au plus  
39 vite, la prise en charge qu'il doit faire, exercer. Et si y'a besoin demander un renfort  
40 médical si ça dépasse son protocole. C'est c'que je te disais, faut anticiper, parce que  
41 suivant où tu te trouves, et ton motif de départ, si ça merde, pardonne-moi l'expression et  
42 que tu attends ton médecin pendant trois plombes, c'est à toi, d'essayer de gérer, même si  
43 t'as ta prescription téléphonique... C'est pas top quoi...

**D'accord. Donc, selon toi, quelles qualités et compétences requièrent la prise en charge de l'urgence par l'I.S.P. et comment peut-il les acquérir ?**

44 J'pense qu'il faut quand même une certaine expérience professionnelle, autre que pompier.  
45 Un minimum. Euh... Savoir gérer, s'organiser. Savoir identifier les besoins immédiats de  
46 ta victime. Et savoir gérer son stress. (Réfléchit).

**La confiance en soi un petit peu tout ça ?**

47 Un minimum, ouais. Savoir gérer son stress pour gérer l'urgence rapidement et être apte  
48 dans ses gestes. Après, comme j'te disais l'autre jour, dès la sortie du D.E., franchement,  
49 c'est chaud. T'es tout juste diplômé, t'as pas cette expérience, ton intuition qui va te

50 permettre de prendre un peu les devant, c'est pas facile parce que si t'as pas cette  
51 expérience... Après, même si tu démarres tu peux quand même... Tu peux quand même  
52 être en capacité parce que tu as été en stage, parce que tu as aussi développé des  
53 compétences, enfin normalement ! (Rires) Tout au long de ta scolarité, t'as vu des trucs,  
54 suivant tes stages pour...pour apprécier, pour te rendre compte de ce qu'il en est. Tu vas  
55 vite t'en rendre compte de quels sont les signes d'urgence, de détresse, de décompensations  
56 de pathologies, et tout. Ce que tu dois surveiller. Comme ça, tu pourras te dire "J'ai déjà vu  
57 ça, je sais que ça peut faire ça". Après, même au bout de plusieurs années, y'a plein de  
58 trucs qui que te surprennent, et tu te fais "Tiens, ça, j'l'avais encore jamais vu, je le saurais  
59 pour la prochaine fois". On en apprend tous les jours en fait ! C'est les mots qui vont guider  
60 ta carrière ça. Ça, avec l'adaptabilité et l'anticipation. C'est fou, on dirait une vieille qui  
61 parle en fait ! (Rires). Après, y'a un minimum de savoirs et de savoir-faire quand même à  
62 maîtriser. Y'a un minimum de connaissances à connaître. Tu peux pas y déroger.

### **D'accord. Les protocoles...**

63 Attends, excuse-moi, je te dis quelque chose en plus, ça me vient en tête là. C'est aussi de  
64 ne jamais hésiter à poser des questions, et à demander conseil ou de l'aide, si tu sens que tu  
65 en as besoin. Tant que t'es étudiant, tu peux en profiter, mais après, ça repose sur toi, et  
66 encore plus, si tu pars en inter' seul. Enfin, seul, avec la V.L.I. quoi. Donc voilà, pose des  
67 questions, si tu ne comprends pas quelque chose ou si t'as besoin d'un avis. C'est pareil, ça,  
68 ça doit être un leitmotiv tout au long de ta carrière. Ah oui, et pour tout à l'heure, les  
69 qualités et je sais plus trop quoi...

### **Les compétences.**

70 Oui, les compétences. Euh, comme qualité, t'as savoir garder la tête froide. Et savoir te  
71 positionner.

### **Vis-à-vis de qui ?**

72 Du médecin. Mais aussi des pompiers. T'y as fait un stage, tu connais l'ambiance. Les  
73 rouges, les noirs, tout ça. Le fait d'être une nana aussi, quoiqu'ils sont plutôt sympa avec  
74 moi et puis, t'es pas trop concerné (Rires). Vas-y, j'te coupe plus, continue.

### **Non, non, t'inquiète. Et comment les acquérir ces compétences ? Ou plutôt, comment les développer ?**

75 Tu te fais ta place. Avec les médecins surtout. C'est pour ça que moi, je me suis arrangée  
76 pour être pas mal en doublure, comme ça, ils me connaissent. Ils te voient dans... Dans  
77 l'action. Mais c'est pareil pour les pompiers. Ils te... Ils te jaugent. T'est passée au grill, et  
78 du coup, ils voient s'ils peuvent compter sur toi. C'est partout pareil, ça, je pense. C'est la  
79 même chose ici, ça va t'arriver suivant les situations que tu rencontres. Et à partir, du  
80 moment où ils peuvent compter sur toi parce qu'ils t'ont vu, parce qu'ils t'ont observé, ils  
81 t'ont vu travailler, ta parole va compter. Donc il y a aussi faire ses preuves. Alors après  
82 c'est comme partout, pour...afin d'être crédible.

**Donc, euh... Les protocoles établis au sein du SDIS représentent-ils une aide au regard de ta formation ? Donc, euh... Que ce soit les trois ans d'études, ou la F.I.A. ou la formation continue par rapport au contexte, au terrain d'intervention ?**

83 J'suis pas encore protocolée. Je serai protocolée en juin, enfin, si je les réussis. Donc...  
84 Oui, après, de ce que j'ai vu, y'en a qui sont adaptés, y'en a d'autres... J'ai pas géré les  
85 protocoles, donc, je peux pas trop te répondre à cette question, puisque je suis pas encore  
86 protocolée. Je les ai sur moi, après, ça sert à rien de les apprendre par cœur, faut savoir les  
87 appliquer au bon moment.

**C'est ce qu'ils me répétaient pendant le stage. Vous tenez tous le même discours ! (Rires). Quelles peuvent être les difficultés rencontrées par l'I.S.P. ?**

88 Toujours face à l'urgence ?

**Toujours face à l'urgence. Il peut y avoir des limites personnelles, des...**

89 Des limites personnelles si tu es affecté. Si... Tu te sens démuni, et que, que tu partais sur  
90 une intervention et qu'un renfort médical est loin. Que ça dépasse ton protocole et que tu  
91 puisses rien faire parce que le protocole ne correspond pas, et qu'en même temps, t'as pas  
92 de médecin, tu... Tu te retrouves un peu démuni. Tu voudrais faire, mais tu peux pas. Y'a  
93 l'affect aussi. Que tu peux gérer de différentes façons. Y'a le travail d'équipe aussi.

**Comment ça ?**

94 Il faut un chef. Le plus souvent, c'est le chef d'agrès, mais suivant le cas, si t'es avec un  
95 médecin, il prend un peu les choses en main, pour toute la partie médicale, le technique,  
96 désincarcération, tout ça, c'est les pompiers. Chacun doit rester à son rôle pour que l'inter'  
97 tourne bien, que la machine soit bien huilée. C'est pas moi, en plus, parce que je viens de  
98 commencer qui vais dire et expliquer aux pompiers, leur boulot à propos du secourisme.  
99 Après, pour en revenir à ta question, ça peut être des situations que tu n'as jamais  
100 rencontrées. Ça peut être personnel, comme par exemple, quelque que chose où tu es passé  
101 à côté, t'es passé à la trappe sur ton inter' ou sur ton soin, ça te met dedans pour la journée,  
102 et ça te bouffe. Et faut être efficace dès le prochain patient, dès le prochain soin. Faut y  
103 faire attention, mais il ne faut pas non plus que ça t'empêche d'être efficace dans ton  
104 boulot. C'est pour ça que c'est bien de faire un petit débriefing. Tu noteras le merveilleux  
105 accent ! (Rires). Tu fais un brief' avec le médecin, avec les pompiers aussi. Ça te fais  
106 rester... J'sais pas. En tout cas, tu te remets en cause, tout le temps, mais encore une fois,  
107 c'est général tout ça ! C'est autant en tant qu'I.S.P., qu'ici. Mais t'es jamais à l'abri d'une  
108 erreur. Celui qui pense qui n'en fera jamais se gourre complètement. Par contre, si tu t'en  
109 rends compte, là, ça va. Enfin, ça va, tu m'as compris quoi ! Tu pourras rectifier le tir.

**O.K. Donc, est-ce que tu as remarqué une différence dans ton approche de la prise en charge de l'urgence entre le début de ton exercice professionnel et maintenant ?**

110 Euh... (Réfléchit).

**Par forcément en tant qu'I.S.P., du coup. Tu peux généraliser un peu plus.**

111 Ben oui, l'expérience a fait qu'on arrive à mieux la gérer. Gérer son stress, gérer sa  
112 dextérité, s'adapter à toutes les interventions. L'expérience a fait que ça va mieux (Rires).

**C'est la prochaine question. Donc pour toi, l'expérience est un plus ?**

113 Ah complètement.

**En quoi elle est impliquée, elle joue dans ta prise en charge ?**

114 Ben, euh, je répète ?! (Rires).

**(Rires). Non, mais comment tu fais pour te... Te servir de l'expérience ?**

115 (Réfléchit). Avec les collègues ?

**Par exemple.**

116 On communique. On essaie de... De s'apporter des choses mutuellement. On se pose des  
117 questions, comme toi, t'es amené à le faire en tant qu'étudiant. On est les mêmes que toi !  
118 On a juste quelques années de travail en plus ! (Rires). C'est un partage de connaissances,  
119 de savoirs. Tu poses des questions aux médecins aussi... L'expérience, elle te permet aussi  
120 de te rassurer un peu. C'est pas un frein à la formation, c'est pas parce que tu fais  
121 différemment quelque chose que c'est mauvais. Elle te permet de prendre un peu de reculs  
122 vis-à-vis des nouveaux apports. C'est le partage, voilà. Tu profites de ce qui est arrivé aux  
123 autres, pour... Mentaliser, et visualiser comment tu pourrais réagir.

**On dirait ce qu'on fait à l'I.F.S.I... Les**

124 Analyses de Pratiques. Ça s'appelle toujours comme ça ? Les retours d'expérience en stage.  
125 Ça se fait encore ?

**Oui, oui.**

126 Et puis, ça te permet de te référer à la littérature tout ça... Mais encore une fois, faut être  
127 capable d'entendre qu'on puisse nous dire, qu'on a pas forcément fait au mieux... Le fait de  
128 parler, tout ça, ça permet de voir les choses différemment. Ça permet la formation, et puis,  
129 ça soulage de reparler des situations.

**Ça se rapproche plus des briefings et des discussions qu'on peut avoir dans une  
équipe, qu'à ce qu'il se fait à l'I.F.S.I. où il ne faut surtout pas se juger, mais, oui, je  
vois l'idée. Ça implique d'être capable de se remettre en cause.**

130 Ah ben carrément ! C'est essentiel. (Silence). On était sur quoi ?

**C'est bientôt fini. Euh, les... Les apports de l'expérience dans te pratique.**

131 Elle t'apporte un peu de sérénité aussi. Parce que voilà, tu sais plus ou moins comme tel ou  
132 tel truc va se dérouler. Elle te permet de faire des liens entre la théorie et la pratique,  
133 surtout sur les pathologies. Et puis voilà, si t'as posé 50 cathé', c'est quand même mieux...  
134 Tu te sens plus zen' que si c'est le premier. Concrètement, ça t'apporte un savoir-faire qui  
135 est la bienvenue en situation d'urgence. Sur la pratique, l'expérience est un plus énorme. Ça  
136 te permet de prendre du recul, de faire la part des choses aussi.

**Bon, ben écoute, je crois que c'est tout.**

137 Ça te va ?

**Écoute niquel. Est-ce que tu as une remarque à ajouter ?**

138 Ben, euh... Non.

**Merci à toi, et bon courage pour la nuit !**

Annexe X : Entretien numéro 4 : Réalisé le 7 mai 2014

**Donc, allons-y directement. Depuis quand êtes-vous infirmier ?**

1 Depuis 88. Ça va faire...

**Ça fait 26 ans.**

2 26 ans, c'est ça.

**Donc, vous êtes infirmier sapeur-pompier professionnel puisque vous êtes infirmier d'encadrement au sein du S.S.S.M., depuis quand ?**

3 Depuis... 94.

**D'accord, vous étiez sapeur-pompier auparavant ?**

4 Volontaire à Villeuneuve (lez-Avignon) en 90.

**O.K., et est-ce que vous pourriez retracer rapidement votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre D.E., s'il vous plaît ?**

5 Eh bien, j'ai commencé à la sortie du D.E. en 89 par deux ans d'hospitalier, jusqu'en 90, à  
6 l'hôpital d'Avignon. Essentiellement en Réa'. Ensuite, j'ai enchaîné de 90 à 94, une activité  
7 libérale sur Villeneuve-lez-Avignon, tout en découvrant le milieu sapeur-pompier parce  
8 que j'étais également pompier volontaire à Villeneuve. Ce qui m'a conduit en 94 à passer le  
9 concours de sapeur-pompier professionnel, organisé dans le Gard, sur Nîmes. Et j'ai été  
10 recruté par la mairie de Nîmes au Centre de Secours Principal de Nîmes en septembre 94.  
11 Et depuis 94, voilà, je suis aux pompiers et j'y ai déroulé une bonne partie de ma carrière,  
12 et jusqu'à la fin, en principe. (Rires).

**Très bien. Euh... Donc maintenant, je vais vous poser quelques questions au niveau de l'activité opérationnelle de l'infirmier. Euh, à quoi vous fait penser la notion d'urgence ?**

13 (Réfléchi). L'urgence... C'est... Déjà l'urgence ne se fait pas dans la précipitation. C'est  
14 une activité qui demande... Des gestes, une conduite adaptée à ce que l'on appelle une  
15 situation d'urgence. Donc, ben, euh, ça se gère toujours dans l'imprévu et... Comment  
16 dirai-je... Faut être un peu maître de ses décisions et de ses actions. Et gérer euh,  
17 évidemment, le stress et l'environnement, dans l'urgence, parce que... Si, euh, tout est à  
18 maîtriser, bon, tout étant quand même à mettre en sécurité déjà. L'urgence, c'est mettre en  
19 sécurité. Sécurité à ceux à qui on porte secours, l'équipe... Voilà, l'urgence, c'est ça. C'est  
20 une situation euh... Impromptue, pour laquelle il faut agir vite, sans précipitation, sans se  
21 mettre en danger et en essayant au mieux de pouvoir écarter tout danger auprès de ceux à  
22 qui on va porter secours.

**Très bien. Comment est-ce que vous pourriez définir une bonne prise en charge, sachant que "bonne", ça reste à relativiser puisqu'on ne peut pas vraiment... Enfin, ça reste très subjectif comme notion, mais est-ce que vous pourriez du coup qualifier...**

23 (Hoche la tête). La prise en charge d'une urgence ?

**La bonne prise en charge. Qu'est-ce qui pour vous...**

24 Déjà, faut savoir faire une analyse rapide de la situation. Ben, pour savoir dégager les  
25 actions prioritaires, donc, euh, je répète, l'urgence ne se fait pas dans la précipitation, donc  
26 il faut dans un... Une analyse rapide, euh... Écarter tout danger, évitant de mettre soi-  
27 même, ben, euh, et l'équipe en danger. Ensuite, ben c'est, dégager des, des actions  
28 prioritaires pour sauvegarder les fonctions vitales... On a des techniques pour ça... Des  
29 techniques de formation qui nous apprennent à... À... À rapidement faire un bilan des  
30 fonctions vitales, et en fonction dégager des priorités pour pouvoir agir sans notion de  
31 perte de temps ou de chance dans la prise en charge de, de la victime. Par exemple, l'arrêt  
32 cardiaque, c'est le premier exemple qui me vient en tête. L'arrêt cardiaque, il est inutile de  
33 faire un E.C.G. (Rires). Sur un arrêt cardiaque, c'est pas le geste prioritaire qui va donc,  
34 euh... Sauver dans les premières secondes de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire,  
35 mais c'est plutôt le dégagement des voies respiratoires, pour voir déjà s'il n'y a pas  
36 d'obstacle qui obstrue les voies aériennes, puis ensuite la priorité, c'est le massage quoi.  
37 Donc, on n'est même pas dans l'invasion thérapeutique, donc il faut masser, assurer les  
38 voies aériennes, donc oxygéner et si le relai est pris, et que l'alerte est passée pour le  
39 renfort médical, ensuite on agit, pour faire des invasions thérapeutiques, et là, on va  
40 intuber, perfuser, dans un ordre bien, bien précis, selon ce que va mettre en place le  
41 défibrillateur, enfin, le résultat du D.S.A., parce qu'il y a aussi le D.S.A. à mettre en  
42 priorité... Donc voilà, c'est, c'est cette séquence de gestes qui permet de pouvoir agir en  
43 toute sécurité, dans... Une priorité de gestes et d'actions qui nous sont enseignés et qu'on  
44 doit savoir mettre en place, maîtriser, euh... Maîtrisant évidemment tout le côté stress et  
45 environnement qui peut être souvent, entre guillemets (mime des guillemets) hostile.

**Très bien. Donc, selon vous, est-ce que l'I.S.P. est suffisamment formé pour ne pas être bloqué dans son exercice. Euh... Bloqué dans le sens, plutôt freiné... Ce serait plus un frein à son activité qu'un véritable blocage.**

46 (Réfléchit). Alors la formation... Déjà, être infirmier sapeur-pompier, c'est s'engager à  
47 suivre une formation. Cette formation, donc, déjà... On est recruté avec une certaine  
48 expérience de départ. On peut être jeune diplômé et être infirmier de sapeurs-pompiers et  
49 la priorité est donnée à une formation complémentaire. Une formation en interne, une  
50 formation en externe à l'école d'officiers (E.N.S.O.S.P.) avec un D.U. d'Urgence, des  
51 notions..., des connaissances plutôt, qui vont apporter une forme un peu de...  
52 D'apprentissage, mais pas de maîtrise. Parce que voilà, on nous prépare en tant qu'infirmier  
53 de sapeurs-pompiers à intervenir en prévention, ou en soins aux sapeurs-pompiers, mais  
54 bon, tout est un peu dans la théorie, même si la formation ensuite, dans les doublures qu'ils  
55 effectuent avant d'être lâchés, protocolés, parce qu'il y a aussi une formation pour être  
56 validé aux protocoles de soins d'urgence, euh... Bon, ben, la, la compétence en milieu

57 urgences/sapeurs-pompiers, elle s'acquière dans l'expérience, sur le terrain. Donc, c'est...  
58 C'est toute cette connaissance qu'on a emmagasiné, qu'on doit en principe, ben, qu'on  
59 maîtrise, parce qu'elle est restituée quand même sous forme d'évaluation. Euh... Cette  
60 compétence vient... Elle s'acquière et se murit euh, en intervention, au contact des  
61 victimes, et en maîtrisant son stress, l'environnement et tout en mettant en adéquation ses  
62 connaissances avec la maîtrise de la technique.

**D'accord. Donc, euh, je vais revenir un petit peu sur ce que vous disiez : les qualités et compétences que requièrent la prise en charge de l'urgence. Vous parliez de l'expérience, justement, comme quoi, c'est une notion essentielle, vous en voyez d'autres ? Enfin, en plus de la maîtrise de la technique, de la gestion personnelle, euh...**

63 (Réfléchit). Là, ce qui me vient à... À l'idée dans un premier temps, je pense que c'est  
64 essentiellement ça. Après, c'est le... (Cherche ses mots). C'est avoir un profil, des  
65 prédispositions hein, parce que, c'est pas donné à tout le monde de pouvoir se préparer à  
66 intervenir dans l'urgence. Donc, il faut déjà avoir un profil-type, et ensuite, euh... C'est  
67 dans les formations continues hein ! Donc, on cherche à se mettre en situation, par la  
68 simulation, on a, on a des mannequins, des formations adaptées, pour se préparer à être  
69 confronté un jour ou l'autre à la véritable urgence, même si on est toujours dans la  
70 simulation, euh... Et même s'il y a quand même le stress de l'évaluation, qui reprend un  
71 petit peu une forme de ce stress qu'on vit le jour où on est vraiment en intervention, après,  
72 ce qu'on ne maîtrise pas réellement, c'est ce côté adrénaline, qui, euh, dans cette motivation  
73 de l'urgence, nous pousse à faire des actions plus ou moins maîtrisées, ou plus ou moins  
74 brillantes, ou sans dire plus ou moins catastrophiques (Rires), mais y'a aussi savoir gérer  
75 l'émotionnel quoi. Qui là, sans aller jusqu'à dire qui est immaîtrisable, mais c'est, ça  
76 prévient pas quoi ! C'est... (Cherche ses mots). C'est sur une intervention qu'on arrive à se  
77 juger de ses capacités à pouvoir mener à bien une intervention, tout en maîtrisant l'affect.  
78 L'équipe aussi, avec qui on va travailler, qui peut être une source de...

#### **De stress.**

79 De stress, oui, ou d'amélioration dans la prise en charge de la victime. L'environnement, la  
80 famille. L'exemple-type de la prise en charge de ce qu'on redoute un peu plus, le plus dans  
81 notre milieu parce qu'autant on est formé à intervenir dans le milieu sapeur-pompier qui  
82 touche un monde d'adultes, entre guillemets, autant dans les missions partagées, quand on  
83 touche au secours à personne, on est... Je vois, pas plus tard qu'hier, on est parti dans un  
84 secours à personne sur soi-disant un nourrisson de 15 mois qui était peut-être en arrêt  
85 cardiaque, bon, ben, de par mon expérience professionnelle, c'est ce côté qu'on va peut-être  
86 maîtriser ou pas, on est toujours dans le doute, parce qu'on sait qu'on va affronter quelque  
87 chose qu'on a pas l'habitude de faire au quotidien, donc euh... Le nourrisson, l'enfant. Le  
88 désarroi des parents, l'équipe qui va être probablement déroutée parce que ce sont des  
89 interventions tellement... Rares et très difficiles à gérer de manière émotionnelle que bon,  
90 ben, c'est toujours l'énigme de comment va se gérer cette intervention ? Comment on va  
91 prendre en charge cet enfant ? Neuf fois sur dix, souvent, ce sont des urgences motivées, et  
92 on n'est pas vraiment dans la véritable urgence et réanimation. Donc, c'est souvent des

93 prises en charge qui sont beaucoup moins graves qu'on le pensait à l'appel, mais bah, c'est  
94 toujours ce côté imaginaire et ensuite, quand on est face à la scène, c'est comment on va  
95 gérer, et l'équipe, et la famille, et nos émotions, pour dégager, ben voilà, ces gestes  
96 prioritaires, en maîtrisant la technique et... Les dosages, pour, ben, prendre en charge au  
97 mieux, ce type un peu d'urgence. Voilà.

**Très bien. (Rires)**

98 Ça déroute un peu, mais bon.

**Euh... Les protocoles établis au sein du S.D.I.S. représentent-ils une aide au regard de la formation vis-à-vis du terrain d'intervention ?**

99 Oh oui. Oui, c'est vraiment un champ de compétences qui est tout à fait nouveau, et, très  
100 particulier, que le rôle joué de l'infirmier sapeur-pompier, protocolé aux soins d'urgence,  
101 qui intervient dans un contexte, euh... Complètement déstabilisant. On n'est plus dans un  
102 établissement de santé, on n'est plus dans un contexte où l'on peut faire appel à tout  
103 moment à un médecin, à un collègue, à une équipe... De professionnels de santé, je parle,  
104 et, euh, et donc, euh, ce contexte est vraiment très unique, euh... Dans notre métier, ou  
105 avec une équipe secouriste, voire même seul, on arrive, sur, sur des théâtres d'opération ou  
106 des prises en charge de victimes qui va nous amener à être seul ou un certain temps seul  
107 avec une équipe à gérer une urgence, puisque les protocoles de soins d'urgence, c'est  
108 vraiment gérer des, des, des types bien particuliers d'urgence où vraiment les fonctions  
109 vitales sont engagées et où là prédomine, en complément de l'action secouriste, un geste  
110 médico-délégué qui va permettre de pouvoir prendre au mieux en charge la victime dans  
111 l'attente du renfort médical. Eh ben, c'est comment l'infirmier va pouvoir occuper ce temps  
112 en maîtrisant la bonne mise en place de ces protocoles, avec les critères d'inclusions qui  
113 sont demandés, en écartant évidemment tous les critères d'exclusion, euh... Ben, c'est  
114 vraiment ce à quoi on forme les infirmiers de sapeurs-pompiers par une formation  
115 validante aux protocoles de soins d'urgence et en s'assurant qu'ils ont bien compris la  
116 mission sur laquelle ils vont intervenir et qu'ils vont bien maîtriser ce que le médecin-chef  
117 va leur accorder à l'issue de cette formation. Donc, euh, il y a une formation, ils sont  
118 préparés avec des mannequins qui simulent toutes les situations ils risquent d'être  
119 confrontés. Ça reste que des mannequins. Et même si on joue au plus proche de la réalité,  
120 reste néanmoins l'incertitude de comment on va gérer la scène d'intervention, nos  
121 émotions, l'équipe secouriste, la famille, l'entourage pour la prise en charge en toute  
122 sécurité de euh... De ces victimes.

**O.K. Du coup, quelles peuvent-être les difficultés rencontrées par l'infirmier ?**

123 En réel ou en formation ? Dans la formation ?

**Plutôt en réel, mais la formation faisant partie du métier...**

124 Euh... Bon, dans la formation, c'est sûr qu'il faut une maîtrise complète dans la lecture des  
125 protocoles, donc, c'est... Sans dire de la savoir par cœur, mais, euh... Même si on demande  
126 de les avoir sur eux, c'est déjà de bien comprendre à quelles conditions on applique un  
127 protocole de soins d'urgence, sans dire pour ne pas être délétère aux victimes, mais bon,  
128 euh, il ne faut pas absolument mettre une victime dans le protocole mais il faut que le

129 protocole par rapport à la situation soit adapté à la victime. Déjà, une fois qu'ils ont bien  
130 compris ça, la difficulté, de l'infirmier en situation, je pense qu'elle est plus, donc, dans la  
131 gestion du stress et de l'émotion, et de la place à tenir dans une équipe secouriste. Voilà,  
132 c'est... Tout le monde doit jouer son rôle, et il doit y avoir vraiment une complémentarité  
133 dans les maillons qui composent la chaîne des secours. Donc, on fait partie d'un de ces  
134 maillons, et voilà... Si dans la chaîne des secours, on symbolise bien la chaîne des secours,  
135 l'infirmier fait partie d'un de ces maillons, ben, il faut que la chaîne soit bien constituée et  
136 non pas que ça devienne qu'un simple anneau dans cette chaîne. Et je crois que c'est là  
137 toute la difficulté, on peut devenir un simple anneau si on est envahi par l'émotion, le  
138 stress, s'il y a des effets déstabilisants qui font que ben, euh, on se désolidarise de cette  
139 chaîne de secours, et on peut être amené à être en difficulté pendant un court laps de temps,  
140 vu que derrière, la montée en puissance des secours qui va être l'arrivée de l'équipe  
141 médicale, de renforts qui vont peut-être nous permettre de reprendre pied, mais qui n'a pas  
142 connu en situation réelle, dans notre métier, ce moment de flottement où malgré la maîtrise  
143 des connaissances pour telle ou telle intervention, on sent qu'on a été un petit peu à côté.  
144 Alors, bon, après on peut en parler un petit peu entre nous en diffusant, en debriefing pour  
145 pouvoir essayer de s'améliorer, mais ça peut être un témoin, souvent, pour certains  
146 infirmiers. Et c'est arrivé déjà de dire, ben finalement "J'ai peut-être pas les capacités à  
147 pouvoir gérer une situation opérationnelle d'urgence comme on peut me demander de le  
148 faire quand je vais partie en réponse adaptée dans un centre de secours, voir même au  
149 C.O.D.I.S." et souvent on a des infirmiers qui se resituent dans leur activité  
150 professionnelle. Et qui disent peut-être "J'suis p'têt plus bon pour les urgences, je suis peut-  
151 être plus en capacité, et je préfère me consacrer à la santé au travail, ou dans la formation"  
152 et voilà, c'est des occasions, et j'en ai quelques-uns dans l'effectif volontaire qui préfèrent  
153 dire "Stop" à l'urgence, sans dire, "c'est plus mon trip", mais "J'suis trop en difficulté et je  
154 préfère me repositionner sur d'autres activités" pour lesquelles on peut se consacrer à  
155 d'autres activités qui nous sont proposées, dans la formation, la santé au travail, la  
156 matériovigilance, et l'hygiène.

**Ça nécessite une connaissance de soi, une confiance en soi, mais en même temps, une remise en question permanente.**

157 Chaque année. Chaque année, de toute manière, tous les infirmiers sont passés en  
158 formation continue pour l'habilitation à la mise en œuvre des protocoles et puis ben voilà,  
159 on s'aperçoit qu'il peut y avoir des coups durs en intervention et que par moment, y'a des  
160 petits témoins d'alerte qui nous font prendre conscience, ben, peut-être, on est arrivé à nos  
161 limites et que on peut se remettre complètement en cause dans notre déroulement  
162 professionnel. Alors, certains arrêtent, certains prennent des dispos, d'autres se  
163 repositionnent dans d'autres missions, plus fonctionnelles. Et c'est un peu, ben les aléas de  
164 notre profession, on dit qu'on peut pas faire des carrières trop longues dans des services qui  
165 sont dit des services un peu durs, très intenses, comme les urgences, la réa', et qu'il est bon  
166 souvent, de se repositionner, de repartir vers d'autres services, pour pouvoir développer une  
167 carrière, un peu... Un peu harmonieuse sans nous mettre un petit peu en burn-out, ou en  
168 danger quoi.

**O.K. Est-ce que vous avez remarqué une différence dans votre approche de l'urgence entre le début de votre exercice professionnel et maintenant. Et, si vous en avez remarqué une, à quoi est due cette évolution ?**

169 Oui, forcément, entre le contexte hospitalier... On a déjà connu l'urgence en milieu  
170 hospitalier, on a su un peu maîtriser dans une équipe pluridisciplinaire, surtout quand j'étais  
171 en réa', et quand on avait des urgences qui arrivaient à chaud avec des polytraum', bon,  
172 ben, on savait avec une équipe maîtriser, prendre en charge, ce genre d'urgence ciblée en  
173 service, en unité spécialisée. Ensuite, dans mon activité libérale, il m'est arrivé de gérer  
174 l'urgence du patient, que l'on prend en charge quotidiennement et qui va faire, soit un  
175 malaise, soit son arrêt cardiaque et donc là, pareil, activité libérale, on se retrouve un peu  
176 dans cette situation où on est seul avec le patient, la famille, et évidemment on va appeler  
177 les équipes secouristes, les renforts, en appelant évidemment les collègues pompiers, voir  
178 le 15. Puis on va gérer l'urgence en attendant que l'équipe secouriste et médicale prennent  
179 en charge. Donc, y'a des étapes dans sa vie professionnelle où l'urgence fait toujours partie  
180 de cette activité qui peut nous arriver à tout moment. Ensuite, on peut mieux s'y préparer,  
181 se rôder, donc, le milieu sapeur-pompier est un milieu où l'urgence est un peu le quotidien,  
182 vu que c'est 70 % de l'activité opérationnelle dans le milieu pompier. Donc forcément, on  
183 est amené à intervenir dans nos carrières, dans toutes les situations qui touchent à l'urgence  
184 préhospitalière. Alors, on s'y forme à cette urgence, de la manière, pas la simple possible,  
185 mais, au niveau secourisme. Donc on a une formation déjà secourisme, un peu plus  
186 poussée où l'on apprend à travailler avec une équipe secouriste dans la prise en charge de  
187 l'urgence et donc là, on est quand même dans une équipe secouriste, et après, on nous  
188 apprend à prendre en charge l'urgence secouriste et médicale, dans les formations  
189 complémentaires, c'est ce que je disais. Y'a un D.U. d'urgence qui nous est proposé, qui  
190 nous permet de gérer cette intervention médicale en préhospitalier, y'a les formations  
191 continues régulières que l'on fait dans tous les S.D.I.S. par les Services de Santé pour  
192 l'habilitation aux protocoles de soins d'urgence. Qui nous fait que, on baigne toujours, soit  
193 dans un rappel de formation, soit dans des formations initiales ou complémentaires, donc  
194 D.U. d'urgence, médecine de catastrophe. L'E.N.S.O.S.P. nous propose des formations aux  
195 simulateurs d'urgence qui peuvent nous remettre dans le bain de formation plus ciblées, de  
196 prises en charge pédiatriques, de soutien sanitaires, de traumatologie, et donc ça, ajouté à la  
197 l'expérience professionnelle que l'on acquière jour en jour, à chaque garde que l'on va  
198 prendre, chaque intervention où l'on va intervenir font qu'on est, sans dire qu'on est rôdé,  
199 mais qu'on est mieux préparé à gérer tout type d'urgence médicale, traumatique, et ça nous  
200 amène forcément à être beaucoup plus rodé et avoir des réflexes qu'on acquière au fur et à  
201 mesure de cette expérience et tout au long de ma vie professionnelle, y'a eu un moment  
202 peut-être plus culminant dans ma prise en charge de l'urgence au quotidien qui ont fait qu'à  
203 ce moment de ma carrière, quand j'étais recruté comme volontaire puis après professionnel,  
204 j'ai fait un nombre incalculable d'interventions opérationnelles et de formations qui font  
205 que, ben, on connaît les équipes secouristes, on connaît les équipes médicales, et on sait de  
206 suite aller à l'essentiel, s'organiser, avec qui on va pouvoir mieux déléguer certains gestes,  
207 parce que justement, on les a formé, donc, ils seront mieux à-même de préparer une  
208 perfusion, de préparer une injection, pendant qu'on pourra se répartir les rôles entre le

209 médecin, l'équipe secouriste. Cette maîtrise de l'environnement dans lequel on va travailler,  
210 et la maîtrise d'un geste que l'on va faire assez régulièrement font que oui, on arrive après à  
211 un niveau de compétences, je dis pas qui est optimal dans une carrière, mais qui est très  
212 aguerri et voilà, bon maintenant que j'ai pris plus de recul avec ma fonction de cadre, qui  
213 est plus administrative, bon, on a quand même en soi une certaine forme de maîtrise, de  
214 compétences et beaucoup plus de recul, donc on voit l'urgence avec beaucoup plus de  
215 recul. On est moins la tête dans le guidon (Rires). Et même si l'on moins l'impression  
216 d'avoir moins à courir, à s'exciter dans l'urgence, on arrive mieux à voir, à calmer les  
217 équipes, à être plus méthodique et être plus ordonné, moins précipité. Néanmoins, il est  
218 clair que j'aurais moins la dextérité, moins les réflexes dans les calculs de dosages, que je  
219 ne l'étais 10 ans auparavant quand j'étais un peu au top (Rires) dans l'urgence parce que  
220 voilà, j'étais au quotidien dans un centre de secours principal où une grande partie de ma  
221 journée de travail, était au deux tiers derrière les ambulances, à secourir la victime en toute  
222 situation... Voie publique, domicile... Voilà.

**Donc selon vous, l'expérience est un atout dans... Dans cette prise en charge ?**

223 Ah oui, oui, oui. Complètement. C'est certain que l'expérience.... C'est même pour ça que  
224 les infirmiers viennent chez nous au niveau sapeur-pompier, ce que... Ils ont leur travail  
225 quotidien d'infirmier qu'ils pratiquent en service ou en libéral. Et ils viennent rajouter au  
226 contact du milieu sapeur-pompier cette compétence nouvelle qui est comment se préparer à  
227 l'urgence préhospitalière, qui vise essentiellement les sapeurs-pompiers, dans le cadre de la  
228 santé au travail, mais c'est quelque part, un niveau... De nouvelles connaissances, de  
229 nouveaux milieux pour pouvoir maîtriser des compétences dans l'urgence préhospitalière  
230 qui vient compléter leur quotidien professionnel qu'ils maîtrisent visiblement plus ou  
231 moins... Et voilà, c'est ce côté, plus je vais pratiquer, plus je vais m'ouvrir, me former,  
232 m'intéresser à d'autres milieux professionnels, plus j'en aurais la maîtrise, mieux je saurai  
233 en parler et mieux, je saurais former, accompagner les collègues qui arrivent derrière...  
234 On vient de recruter là, vingt-quatre infirmiers qui viennent de tous bords. C'est par le  
235 contact avec d'autres I.S.P. plus chevronnés qu'ils vont apprendre, parce que nous on a  
236 appris sur le terrain, au fur et à mesure de notre déroulement de carrière, et que on maîtrise  
237 dorénavant mieux, parce que l'infirmier qui va prendre des gardes, qui va être beaucoup  
238 plus disponible forcément saura mieux expliquer à l'infirmier qu'on vient à peine de  
239 recruter comment se gère le matériel, comment se vérifie le matériel d'un vecteur médical  
240 sapeur-pompier... L'expérience qu'il en a tiré sur l'utilisation du matériel, la mise en œuvre  
241 du protocole, les petits trucs et ficelles, astuces du métier que voilà, qu'on ne peut  
242 développer que dans l'expérience que l'on a vécu et qui nous permet de dire, "y'a les  
243 connaissances, mais dans telle ou telle situation que j'ai vécue, y'a eu des moments où l'on  
244 a dû s'adapter, y'a eu des points positifs, des points négatifs, et on a pu développer des  
245 réflexes, des conduites à tenir qui nous permettent d'avoir pour nous un sentiment d'être  
246 plus compétent, plus performant mais aussi plus pédagogique.

**O.K. Eh bien, c'est fini, est-ce que vous avez une remarque à ajouter ?**

247 Ah c'est fini, déjà ?! Euh... non. Dans ce milieu, dans le contexte de l'urgence, j'ai pas de  
248 remarque. Je pense qu'il faut conclure en disant que l'urgence est un... 'Fin, l'urgence. Le

249 milieu préhospitalier, c'est un métier que l'on fait en gardant toujours en tête qu'il faut être  
250 humble, et toujours dans le respect de l'usager. Pour moi, l'usager, c'est la victime. Sapeur-  
251 pompier ou tout autre. Pour lequel, il faut vraiment que l'on soit une plus-value et que l'on  
252 doit apporter dans notre relationnel, nos compétences techniques, dans notre savoir en tant  
253 que professionnel de santé, avec l'équipe secouriste, vraiment une plus-value qui est ce  
254 petit plus que l'on développe parce que l'on est dans un contexte très particulier des  
255 établissements de santé. Et les sapeurs-pompiers qui viennent de tous bords, qu'ils soient  
256 enseignants, de la fonction publique, professionnels, ont besoin d'être rassurés, ont besoin  
257 d'être accompagnés, pour qu'au résultat, eh bien, la prise en charge de la victime soit le  
258 plus... Qu'elle soit faite en prenant en compte... (Cherche ses mots).

### **Son environnement ?**

259 Son environnement voilà. Faut pas que ça devienne mécanique, technique, comme les  
260 pompiers quand ils interviennent sur un feu, il y a une méthode de raisonnement tactique,  
261 technique, y'a des... voilà, des mises en place de procédures qui sont calculées. Nous, dans  
262 notre activité qui représente 70 % de notre activité, on joue sur de l'humain, et il faut  
263 toujours mettre ce côté humain, au centre de toutes nos préoccupations. Et l'humain, c'est  
264 voilà, la victime que l'on prend en charge ou les victimes, c'est l'entourage familial, mais  
265 c'est aussi l'équipe secouriste. Car dans cette équipe, y compris nous, infirmiers, médecins,  
266 on peut avoir des psychotraumatismes, il peut y avoir... Il ne faut nuancer, et entre  
267 guillemets, négliger l'impact que peut avoir la prise en charge de l'urgence préhospitalière  
268 auprès de tous. Et ça, c'est ce qu'apporte l'infirmier : il est ce lien entre ce que lui a vécu en  
269 tant que professionnel, ce que l'équipe secouriste a peut-être vécu et subi et il doit être à  
270 l'écoute de tout ça. Il doit être ce maillon et cet intermédiaire qui permet de faire remonter  
271 dans une intervention, les dysfonctionnements et toutes les pistes d'amélioration de prise en  
272 charge qui vont permettre d'être toujours et au contact et dans la qualification d'acteur  
273 professionnel de santé qui sont toujours prêts à améliorer leurs compétences et surtout à  
274 être prêts à une aide thérapeutique ou psychologique parce que le métier, est quand même  
275 un métier qui est à risque, psychologique, de par toutes les interventions que l'on fait au  
276 quotidien et ce côté humain qu'apporte l'infirmier, est quelque chose qui est à développer et  
277 à mettre toujours en priorité dans notre pratique au quotidien. Donc voilà grosso-modo, je  
278 t'ai peut-être embrouillé un peu, mais y'a l'urgence, on part en intervention, deux-tons,  
279 gyro', c'est l'adrénaline et on doit faire face à une urgence, mais derrière, y'a comment on  
280 se prépare à affronter l'urgence, comment on se préparer à débriefer une intervention  
281 d'urgence. Donc voilà, y'a l'avant, le pendant et l'après pour lequel tout le monde doit s'y  
282 préparer et tout le monde doit s'améliorer ou souvent se remettre un petit peu en question,  
283 pour le bien des acteurs du secours, mais aussi pour, une perpétuelle amélioration de la  
284 prise en charge des victimes à qui on doit aussi apporter un service de qualité.

**Eh bien, je vous remercie vivement.**

285 Bonne continuation.

Annexe XI : Grille de dépouillement

	I.S.P 1	I.S.P. 2	I.S.P. 3	I.S.P. 4
<p><b>Diplôme</b></p> <p><b>Ancienneté I.S.P.</b></p> <p><b>Parcours professionnel</b></p>	<p>2002 (12 ans)</p> <p>2004 (9 ans) : Professionnel.</p> <p>Réanimation, Urgences psy. Moniteur secourisme.</p>	<p>2002 (12 ans).</p> <p>2003 (11 ans) : Professionnel</p> <p>Oncologie (intérim), urgences, réanimation, SMUR</p>	<p>2011 (3 ans).</p> <p>2014 (4 mois) : Volontaire.</p> <p>Pôle A.R.D.U.</p>	<p>1988 (26 ans).</p> <p>1994 (20 ans) : Professionnel</p> <p>Réanimation, libéral.</p>
<p><b>Représentations de l'"Urgence"</b></p>	<p>Détresse vitale</p> <p>"Arrêt cardiaque", "Danger", "Défaillance multi-viscérale", "Arrêt", "Un tas de situations".</p>	<p>"Pronostic vital en jeu", "ça ne peut pas attendre", "doit être pris en charge rapidement".</p>	<p>"Détresse vitale", "hémorragie", "choc septique ou cardiogénique", "défaillance rénale avec hyperkaliémie", "détresse respiratoire", patient à stabiliser au "niveau hémodynamique", "défaillance cardiaque avec au taquet de catécholamines", notion de rapidité, d'efficacité.</p>	<p>"Ne se fait pas dans la précipitation", "demande des gestes et une conduite adaptée", environnement anxiogène, "mettre en sécurité", "Agir vite, sans précipitation".</p>
<p><b>Prise en charge de l'urgence par l'I.S.P.</b></p>	<p>"Maintien de la personne jusqu'à sa prise en charge par un service hospitalier".</p>	<p>"Au mieux, par rapport à la victime, [...] à la situation et à l'instant T". Mise en place du protocole adapté, avec demande renfort médical si nécessaire. Amener la victime jusqu'à l'hôpital.</p>	<p>"Être le plus tôt possible sur les lieux", demander un renfort médical le plus rapidement possible si besoin, appliquer les bons gestes.</p>	<p>"Analyse rapide de la situation", "écarter tout danger", "dégager des actions prioritaires", séquence de gestes" avant "l'invasion thérapeutique" [...] pour "pouvoir agir en tout sécurité", mettre "en adéquation ses connaissances avec la maîtrise de la technique".</p>

<p><b>Freins de l'I.S.P. dans l'activité opérationnelle</b></p>	<p>Importance de la "F.M.A.", "Maintien des acquis", "Approfondissement personnel", "Développement Professionnel Continu", "Chercher des compétences et des connaissances ailleurs", "Formation continue", "Entraînement", "[...] répéter régulièrement", "[...] développement de l'apprentissage par simulation".</p>	<p>"Manque de culture du milieu sapeur-pompiers", "manque de formation", "manque de pratique", "on a besoin de quelque chose de nouveau, de réactualisé, de se mettre au goût du jour".</p>	<p>Nécessité d'un "minimum d'expérience", avantage pour les I.S.P. protocolés.</p>	<p>"S'engager à suivre une formation", "la compétence [...] s'acquière dans l'expérience, sur le terrain", "la compétence [...] s'acquière et se murit en intervention".</p>
<p><b>Qualités et compétences dans la prise en charge de l'urgence</b></p>	<p>Nécessité de la pratique, de formations continues et d'entraînement, "Expérience", "être conscient de ses limites".</p>	<p>"Les mêmes que celles d'un infirmier "lambda"", "la confiance en soi", "savoir-être", "savoir-faire", un "savoir-humain", "maîtrise du matériel", "connaître ses limites", "adaptabilité", "polyvalence".</p>	<p>"Anticipation", "savoir gérer sa gestuelle", "s'organiser", savoir prioriser les besoins, "savoir gérer son stress", observation, adaptabilité, nécessité d'un minimum de connaissance à maîtriser".</p>	<p>"Avoir un profil, des prédispositions", "Être maître de ses décisions et de ses actions", maîtriser "son stress", "la compétence [...] s'acquière dans l'expérience, "maîtrise de la technique", "gérer l'émotionnel".</p>
<p><b>Les P.I.S.U. vis-à-vis de l'activité opérationnelle</b></p>	<p>Délimitent et cernent le législatif. Gestes délégués.</p>	<p>"Apport supplémentaire", Sentiment de sécurité, légalise les gestes délégués par le médecin-chef, permettent un gain de temps, représentent la plus-value de l'I.S.P.</p>	<p>"Faut savoir les appliquer au bon moment".</p>	<p>"Champ de compétence [...] nouveau", "gérer des types bien particulier d'urgence où [...] les fonctions vitales sont engagées", "geste médico-délégués [...] dans l'attente du renfort médical", "formation validante", "[...] il faut que le protocole par rapport à la situation soit adapté à la victime".</p>

<p><b>Les difficultés dans la P.E.C.</b></p>	<p>"Limites législatives", "Limites personnelles", "Difficultés organisationnelles", "Conflits de service".</p>	<p>"Positionnement par rapport à l'équipe".</p>	<p>"Limites personnelles", situation qui dépasse le protocole, le "travail d'équipe".</p>	<p>"Maîtrise complète dans la lecture des protocoles", "gestion du stress et de l'émotion", "place à tenir sans une équipe secouriste", "complémentarité dans les maillons [...] de la chaîne des secours".</p>
<p><b>Évolution de la prise en charge</b></p>	<p>Amélioration par les acquis de l'expérience.</p>	<p>Connaissance de soi, amélioration de la gestuelle, de l'organisation.</p>	<p>L'expérience permet de mieux gérer l'urgence.</p>	<p>Évolution grâce aux formations, "on arrive à un niveau de compétence [...] très aguerri",</p>
<p><b>Rôle de l'expérience</b></p>	<p>"Trouver des solutions aux situations rencontrées". Facilite le "travail d'équipe", permet de connaître ses limites.</p>	<p>"Plus à-même de réfléchir", améliorer l'organisation, la technicité, facilite le jugement clinique, l'analyse, donne de la confiance, facilite le positionnement dans l'équipe, apporte des connaissances.</p>	<p>Permet de "mieux la (l'urgence) gérer", "gérer son stress", "gérer sa dextérité", de "s'adapter", le "partage de connaissances". "apporte [...] de la sérénité", "apporte un savoir-faire" et permet de "prendre du recul" et de "faire la part des choses".</p>	<p>"Être beaucoup plus rodé", "avoir des réflexes qu'on acquière au fur et à mesure de cette expérience", "maîtrise de l'environnement", "maîtrise d'un geste", "plus méthodique, "plus ordonné, moins précipité", "ajouter [...] des compétences nouvelles", rôle formateur,</p>

## Résumé/Abstract

Durant mes études, j'ai constaté une évolution de ma pratique. Ces changements m'ont permis d'être plus efficace dans mon travail. Je me suis posé de nombreuses questions à ce sujet lors de mon stage au sein du Service de Santé et de Secours Médical du Gard. En tant qu'infirmier, nous serons probablement tous confrontés un jour à la prise en charge en urgence d'un patient.

La réalisation de ce mémoire de fin d'études est l'occasion pour moi d'essayer de comprendre cette évolution à travers la problématique suivante : **Quelles sont les compétences favorisant la prise en charge d'une victime en milieu préhospitalier par l'infirmier sapeur-pompier ?**

Pour tenter d'y répondre, j'ai développé mon travail de recherche en 3 parties. J'ai tout d'abord défini le contexte, puis les concepts et notions introduits par mon questionnement. J'ai alors choisi de réaliser une enquête exploratoire afin de voir comment les infirmiers expliquaient cette évolution. Pour cela, j'ai pris un échantillon de 4 infirmiers sapeurs-pompiers auprès desquels, j'ai réalisé un entretien semi-directif autour de l'expérience et de la prise en charge d'une victime. Enfin, lors de la synthèse, j'ai confronté cette analyse au cadre conceptuel préalablement établi.

Tout au long de ce travail, il semblerait que l'expérience s'avère être un atout dans la prise en charge d'une urgence. Toutefois, il apparaît clairement qu'elle doit être utilisée à bon escient et qu'elle ne permet pas, à elle seule, de répondre aux difficultés posées par la prise en charge d'une victime en milieu préhospitalier.

Mots-clés : infirmier, infirmier sapeur-pompier, compétences, expérience, efficacité.

---

During the course of my studies, I noticed an evolution of my practice. I became much more effective thanks to these changes. I asked myself several questions about this during my internship in Health and Rescue Service of Gard. As a nurse, I will probably have to take on the management of a patient in an emergency.

Writing my dissertation gives me the opportunity to try to understand this evolution through the following question : **What are the skills required by the firefighter paramedics favoring the care of a victim in a prehospital situation?**

Trying to answer this question, I divided my research project into 3 parts. First of all, I defined the context, then concepts and notions resulting from my enquiry. I then decided to investigate to see how nurses explain this evolution. To that end, I took a sample of 4 registered firefighter nurses, and conducted semi-directive interviews on their experience and the management of a victim.

Lastly, in my recap, I cross-referenced this analysis with the previously established framework.

Throughout this research, it appears that experience is a key asset in the management of an emergency patient. However, experience alone does not guarantee efficient patient care of victims outside hospital walls.

Keywords : nurse, firefighter registered nurse, skills, experience, efficiency.