

FRADIN Jordan

UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche
UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des
données scientifiques et professionnelles

Mémoire de fin d'étude réalisé en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat d'Infirmier

« Quand l'IDE arrive le premier... »

**Prise en charge en autonomie de l'Infirmier Sapeur-
Pompier dans le contexte du pré-hospitalier**

Sous la guidance de Mme NADO I.

REMERCIEMENTS

Il est de coutume que de remercier les personnes ayant contribuées de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail. L'occasion m'en est donc donnée de le faire maintenant en toute transparence, honnêteté et sincérité :

Je tiens tout d'abord à adresser toute ma reconnaissance à mes ami(e)s : Myriam, François, Christian, Josy, Céline, Solenn, Alban, Florian, Florent, Manu, Marie, Pauline, Violette, Lucie ...et j'en oublie encore, qui ont su être là dans les moments difficiles de cette troisième année et qui m'ont permis d'avancer dans la direction qu'est la mienne à ce jour ;

Ma famille, pour son soutien sans faille au cours de ces trois années d'études et m'ayant encouragée à toutes les différentes étapes de ce processus de professionnalisation ;

Ma référente de suivi pédagogique, Madame SOLVES Nathalie, pour la bienveillance dont elle a su faire preuve à mon égard et son accompagnement tout au long de ma formation ;

Ma référente de mémoire, Madame NADO Isabelle, pour ses bons conseils et éclairages tout au long de ce travail de longue haleine ;

Messieurs BOSSY Yohann et DESHAYES Philippe, ISPP au sein du Groupement de Nantes, pour leur aide précieuse dans la diffusion de mes questionnaires auprès des ISPV ainsi que leur entière disponibilité dans la réponse à mes interrogations ;

L'ensemble des personnels ISP du SDIS 44 ayant contribués à l'avancée de mes travaux en répondant à mon questionnaire de manière impliquée ;

Monsieur BOURIAUD Antoine, juriste spécialiste de la santé, pour son regard critique et juste sur le monde de l'urgence, m'ayant fait découvrir une facette, jusqu'alors inconnue par moi-même, de cette activité ;

Monsieur FAOU Julian, ISPV au sein du SDIS 44, pour ses conseils avisés et sa passion de l'urgence qu'il a pu me transmettre afin de me motiver jusqu'au bout ;

Le personnel du Centre Médical Masséna de la BSPP pour son soutien et ses lectures attentives de mon travail afin d'y apporter les modifications nécessaires ;

Monsieur PILORGET Franck, Vice-président de l'ANISP, pour les informations utiles qu'il m'a transmis et m'ayant permis d'élargir mes questionnements.

A toi Hélène pour ta présence et tes nombreuses corrections orthographiques et grammaticales.

SOMMAIRE

Liste des acronymes utilisés dans ce mémoire.....	6
Introduction	9
1. Le cadre de référence	11
1.1 La phase exploratoire	11
1.2 La construction de la question de départ	12
1.3 Mon hypothèse	13
1.4 Eclairage théorique.....	13
1.4.1 Organisation du secours à personne et de l'AMU en France.....	13
1.4.1.1 Le service départemental d'incendie et de secours	14
1.4.1.1.1 Missions et organisations	14
1.4.1.1.2 Un exemple : le SDIS de Loire-Atlantique	16
1.4.1.2 La réponse hospitalière en médecine d'urgence.....	17
1.4.1.2.1 Les missions du SAMU.....	17
1.4.1.2.2 Le SMUR	17
1.4.2 L'Infirmier de Sapeur-Pompier au sein du SSSM	17
1.4.2.1 Formation initiale de l'ISPV	18
1.4.2.2 Formation initiale de l'ISPP	19
1.4.2.3 L'ISP, le SAP et l'AMU	20
1.4.2.3.1 Cadre légal.....	20
1.4.2.3.2 Conditions d'engagement d'un ISP sur intervention	23
1.4.2.3.3 Les PISU	23
1.5 Le cadre conceptuel.....	25
1.5.1 Les concepts d'autorité fonctionnelle et d'autorité hiérarchique	27
1.5.2 Les concepts de coopération, de collaboration et de partenariat.....	27
1.5.3 Le concept d'autonomie	28
1.5.4 Le concept d'indépendance	29
1.5.5 Le concept de dépendance.....	30
1.6 Le cadre sociologique : un point sur la sociologie des organisations	31
1.7 « Procédure » vs « Protocole »	32
1.7.1 Qu'est-ce qu'une procédure ?	32
1.7.2 Qu'est-ce qu'un protocole ?	33
2. Le travail de recherche (approches théorico-pratique du terrain)	35
2.1 Matériel et méthodes	35
2.1.1 Première phase : l'entretien.....	35
2.1.2 Deuxième phase : les questionnaires.....	35
2.2 Difficultés et points à approfondir	36
3. Résultats et analyses.....	37
3.1 Analyse de l'entretien.....	37

3.2 Analyse des questionnaires	38
4. Discussion	45
5. Construction de la problématique et élaboration de la question de recherche	48
Conclusion.....	51
Références bibliographiques	53

Annexes

- Annexe I : Organigramme fonctionnel du SDIS 44II
- Annexe II : Implantation géographique des VLI au sein du Groupement de Nantes . III
- Annexe III : Procédure opérationnelle des infirmiers en l'absence de médecin.....IV
- Annexe IV : Guide d'entretien – Mémoire de fin d'étude
- Annexe V : Entretien du 1^{er} Février 2013 avec l'Infirmier d'Encadrement Monsieur B. ISPP au SDIS44
- Annexe VI : Questionnaire à destination des ISPV du SDIS 44..... XIV
- Annexe VII : Propositions Cohérence Grades/Formations/Missions ISPV..... XVI

Abstract / Résumé

LEXIQUE DES ACRONYMES

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire
AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
AMU : Aide Médicale Urgente
ANISP : Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers
ARS : Agence Régionale de la Santé
AVP : Accident sur la Voie Publique
CB : Croix Blanche
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIS : Centre d'Incendie et de Secours
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CO : Monoxyde de Carbone
CRF : Croix Rouge Française
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSP : Code la Santé Publique
CTA : Centre de Traitement des Alertes
DDISIS : Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours
DGSCGC : Direction de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
ECG : Electrocardiogramme
EN : Echelle Numérique
ENSOSP : Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FIA : Formation Initiale d'Application
HAS : Haute Autorité de Santé
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC : Indice de Masse Corporelle
ISP : Infirmier Sapeur-Pompier
ISPP : Infirmier Sapeur-Pompier Professionnel
ISPV : Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire
MSP : Médecin Sapeur-Pompier
MSPP : Médecin Sapeur-Pompier Professionnel
PC : Protection Civile
PEC : Prise En Charge
pH : Potentiel Hydrogène
PHTLS : PréHospital Trauma Life Support
PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgences
PSE : Premier Secours en Equipe
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SIS : Service d'Incendie et de Secours

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimations
SP : Sapeur-Pompier
SPV : Sapeur-Pompier Volontaire
SSO : Soutien Sanitaire aux Opérations
SSSM : Service de Sante et de Secours Médical
UMH : Unité Mobile Hospitalière
VLI : Véhicule Leger Infirmier
VLM : Véhicule Leger Médicalisé
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

« *Trauma is treated with diesel first* »*

Devise des Paramedics

* « Le traumatisme est d'abord traité avec du carburant »

INTRODUCTION

René Capitant, juriste de la première moitié du XIX^{ème} siècle, définissait l'urgence comme étant un « *caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai* ».

Il nous faudra attendre Napoléon et ses médecins aux armées, lors de sa campagne d'Égypte, avant de voir apparaître les prémices à la « cueillette » des blessés sur les champs de batailles. C'est Percy qui, le premier effectuera le ramassage et le transport de ceux-ci et permettra la création de ce que l'on nomme à l'époque « des bataillons d'ambulances ». Il sera suivi par Larrey, qui lui, orientera son éthique sur la priorisation et la stabilisation du blessé avant son transport : méthode aujourd'hui encore plus que présente dans nos prises en charges modernes en pré-hospitalier.

Par la suite, le secours aux noyés des villes traversées par un fleuve conduit à la mise en place de postes de secours, équipés des « outils » de la réanimation du moment.

1965 marque la mise en place des services mobiles de réanimation par décret ministériel. Avant cela et dès 1956, des structures mobiles hospitalières se déplaçaient et acheminaient déjà des patients insuffisants respiratoires vers des établissements de soins. Et à partir de 1967, les ambulances de réanimation des Sapeurs-Pompiers de Paris et de Marseille font leur apparition dans ce qui fera l'ébauche en 1986 de l'aide médicale urgente en France.

Aujourd'hui, Sapeurs-Pompiers, Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR), ambulanciers et associatifs concourent à l'organisation de cette aide médicale urgente. Un nouvel élément fit son apparition il y a une dizaine d'années dans le paysage de l'urgence pré-hospitalière : le Véhicule Léger Infirmier (VLI). Ce « jeune » moyen est encore en plein développement. Les infirmiers armant ce véhicule gagnent en compétences (tant sur le plan théorique que pratique) chaque jour. Depuis sa création, ces professionnels ont vu leur champ d'exercice s'élargir jusqu'à pouvoir effectuer certaines prises en charges en autonomie sur utilisation de protocoles infirmiers de soins d'urgences (PISU).

Mon travail va consister à m'interroger sur l'éventuelle évolution dont pourraient bénéficier ces infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) dans l'avenir. Va-t-elle permettre une autonomisation plus importante de ces ISP se manifestant par une délégation d'actes actuellement uniquement médicaux ? Une expertise clinique (capacité à certains diagnostics médicaux ?) acquise par des formations continues leur sera-t-elle accessible ? ... Autant de questions possibles auxquelles nous nous intéresserons au travers de la présentation de l'organisation actuelle de l'aide médicale urgente en France, ainsi que les modèles conceptuels et sociologiques entourant cette problématique et l'activité de l'ISP. Pour étayer ce travail, nous effectuerons l'analyse de données recueillies auprès des professionnels de terrain, ainsi que l'analyse des recherches actuellement effectuées sur ce sujet par les instances spécialisées.

Cadre légal

Le référentiel de formation stipule que l'obtention du diplôme d'état passe par l'acquisition des 180 crédits européens. Ceux-ci étant eux-mêmes acquis à la suite de la validation des différentes unités d'enseignements.

Ce mémoire de fin d'étude correspond aux unités d'enseignements suivantes :

- UE 3.4 Initiation à la démarche de recherche ;
- UE 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles ;
- UE 6.2 Anglais (la validation de celle-ci s'effectuant par la rédaction de l'abstract du mémoire.

Enfin, il est précisé dans le référentiel que « *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* ».

J'ai donc pour ma part fait le choix d'étudier une situation non pas rencontrée en stage mais dans mon activité extrascolaire de Sapeur-Pompier Volontaire m'interrogeant sur ma pratique infirmière.

Motivations à la réalisation de ce mémoire :

Etant déjà engagé dans cette filière du secours pré-hospitalier en marge de mes études, le choix d'un sujet ayant attiré à ce milieu s'est vite imposé à moi. Je souhaite d'ailleurs évoluer dans cette branche à la sortie de mon diplôme (projet d'exercice au sein de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris).

Pour intervenir régulièrement avec le VLI voire même le SMUR, j'ai pu appréhender la nécessité de l'un ou l'autre de ces services (prise en charge des douleurs aiguës par exemple pour l'une, prise en charge médicale dans le cadre d'accouchements, d'arrêts cardio-respiratoires...pour l'autre). Rapidement, je me suis aperçu que cet infirmier de l'urgence était une plus-value sur la prise en charge et le transport de victime traumatisée physiquement (ou physiologiquement dans une moindre mesure) et que l'envoi d'une équipe médicalisée n'était parfois pas nécessaire. Il me semblait donc intéressant de m'interroger sur la place, de plus en plus prépondérante, de cet infirmier et l'évolution de son champ de compétences dans l'actuelle organisation de l'aide médicale urgente.

Comme dit précédemment, le pré-hospitalier est une passion. Ce pourquoi ce sujet me tient à cœur et me permettra d'approfondir ma réflexion, ma connaissance et favoriser le développement de « ma » socialisation professionnelle.

1. Le cadre de référence

1.1 La phase exploratoire

La réalisation de ce travail n'a pas fait appel pour moi à une situation précise reflétant l'une de mes expériences de stage. En effet, j'ai préféré me baser sur un constat faisant suite à l'analyse d'une étude menée dans un domaine spécifique : le pré-hospitalier chez les Sapeurs-Pompiers et concernant plus particulièrement l'infirmier.

75 % des interventions, sur lesquelles l'ISP est amené à intervenir, sur le territoire de la Loire-Atlantique, concernent une prise en charge de la douleur traumatique non compliquée¹.

Cette étude menée entre 2007 et 2011 (sur 3359 « patients-victimes ») par une équipe du Service de Santé et de Secours Médical (médecins et infirmiers professionnels) au sein du SDIS44, montre que l'application des PISU n°12 et 13 (numérotation départementale concernant la prise en charge de l'antalgie chez l'adulte et l'enfant) dans le contexte d'un traumatisé sans détresse vitale, présentant entre autre une « *vive douleur (EN ≥ 5)*, ou bien encore une *impossibilité de mobilisation mineure en vue de l'installation dans un dispositif d'immobilisation de membre par exemple* », n'engendre qu'un faible pourcentage d'effets secondaires bénins n'ayant pas nécessité la mise en œuvre de gestes de réanimations.

La conclusion laisse apparaître, en plus du fait que l'utilisation de la morphine en pré-hospitalier par l'ISP « *n'expose pas les victimes à un danger significatif ni irréversible* », que ces ISP (en tous les cas, la majorité) souhaiteraient voir avancer leurs pratiques. En effet, à l'heure actuelle, si le contexte de l'intervention le permet, l'ISP peut mettre en œuvre son protocole le plus adapté ; néanmoins, pour ce qui est de l'antalgie, la prescription initiale ainsi que les réinjections nécessaires sont de la responsabilité du médecin régulateur du SAMU ou bien d'un médecin Sapeur-Pompier. Cela étant donc dépendant d'une « *transmission téléphonique* ».

Cette avancée souhaitée s'effectuerait sous la forme d'un véritable protocole (vs « *procédure* ») et supposerait donc de se passer de la prescription téléphonique et donner plus de place au jugement clinique des ISP en fonction du contexte d'intervention.

De cette situation naissent quelques interrogations : en effet, quelle justification apportée par ces infirmiers ? L'argument phare est la réduction du temps d'intervention, ce qui permettrait un meilleur confort pour la victime (le temps de latence entre l'arrivée de l'ISP, l'administration d'un antalgique morphinique et l'arrivée dans une structure de soins serait réduit).

- Qu'est-ce que l'autonomie accordée à l'IDE dans ce contexte lui apporte ? (connaissances théoriques/pratiques ? développement de l'observation / du jugement clinique du patient ? la décharge d'adrénaline de la situation

¹ BLANCHE Michel. et al, *Etude rétrospective de l'antalgie extra hospitalière protocolisée appliquée par des infirmiers de sapeurs pompiers*, Urgence Pratique, 2012, n°114, pps. 39 - 43

d'urgence pour les IDE venant d'un milieu différent ? L'autonomie, cette sorte de « liberté » en elle-même non retrouvée ailleurs et la capacité de prise de décision qui en découle ? la reconnaissance, la valorisation de leur activité professionnelle ? ...).

- Nous parlions de milieux différents d'où proviennent les ISPV (principe même du volontariat) ; le fait d'arriver d'horizons divers (libéral, psychiatrie, urgences, médecine...), ce « melting-pot disciplinaire », n'est-il pas là aussi un frein à la mise en place d'une telle procédure ?
- Quand demande t-on l'envoi d'un IDE de façon autonome ? Qu'est-ce qui fait, au niveau des compétences IDE que ce moyen peut exister ? Y a-t'il des limites dans la prise en charge pré hospitalière (VLI) en regards des compétences IDE ? Quel cadre juridique permettrait à ces ISP d'évoluer ?

Suite à cela, le thème et la question de départ de ce mémoire ont pu être définis.

1.2 La construction de la question de départ

Le cheminement édicté ci-dessus nous amène à définir notre thème ainsi que la question de départ de ce mémoire :

Rôles, missions, compétences et vécus de l'Infirmier(e) en pré-hospitalier
« Quand l'IDE arrive le premier... »

Quelle(s) évolution(s) possible(s) dans la prise en charge en autonomie par les ISP en pré-hospitalier ?

Aujourd'hui, la pénurie de médecins urgentistes se fait ressentir et plus généralement la notion de déserts médicaux (diminution du nombre de médecins estimée à -23% en 2020 selon la Haute Autorité de Santé). De plus, la place de l'IDE dans la prise en charge médicale/paramédicale est rendue plus importante par le développement des pratiques avancées et des diplômes universitaires qui leur sont proposés (DIU de médecine d'urgence, DIU de santé publique, DIU plaies et cicatrises...). Leur souhait « d'autonomisation » plus élevée via le protocole « antalgie » paraît donc être dans la marche logique de l'évolution de notre profession. Mais qu'implique cette évolution au niveau de la pratique infirmière en pré-hospitalier ? Au niveau juridique (compétences vs responsabilités), personnel (facteur individu-dépendant : en fonction du lieu d'exercice professionnel les connaissances/l'expérience ne sont pas identiques)...

Ne va-t-il pas falloir à un moment donné pallier à cette situation, non pas en formant de mini-médecins (j'entends par là combler un vide géographique entre autre) mais bien en utilisant les ressources (expertise) de ces professionnels afin de les intégrer pleinement dans la chaîne des secours ; tout ceci permettant un maillage organisationnel de ces secours et finalement une mutualisation cohérente des moyens ?

La question, légitime ou non, que l'on peut se poser est celle d'un certain rapprochement entre systèmes de secours franco-français et anglo-saxons. En effet, nous sommes l'un des derniers, si ce n'est le seul, pays à fonctionner avec des SMUR et non pas des « *Paramedics* ». Plusieurs freins existent aujourd'hui à la mise en place d'un tel système (est-ce justifié ?) comme nous pourrions le voir rapidement, car comparer ces deux organisations n'est pas le but de ce travail de recherches.

Se basant sur l'actuelle mise en œuvre de protocoles, datés et signés par un médecin-chef, pour prendre en charge son patient dans les meilleures conditions qu'il soit, l'ISP applique son expertise et son jugement clinique : deux composantes fondamentales quant à leur exercice en opération et à leur prise de décision. L'élaboration de nouveaux protocoles, de nouvelles pratiques, de nouvelles compétences, ne permettrait-elle pas de faire évoluer cette autonomie de l'ISP ? Mais quelles en seraient les limites, les freins et les justifications ? Autant de questions auxquelles nous allons nous intéresser à travers ce mémoire ; mais nous pouvons d'ores et déjà dire une chose : au niveau juridique, à l'heure actuelle, aucun frein n'est présent quant au possible développement de pratiques avancées chez l'ISP. Il « suffirait » de réformer les décrets d'actes en les complétant.

1.3 Mon hypothèse

De par le développement actuel des compétences et notamment des pratiques avancées que l'on peut retrouver par exemple dans certains services hospitaliers (neurologie, exploration cardiaque...), la profession d'IDE avant l'exercice d'ISP est amenée à évoluer. A l'instar des protocoles hospitaliers adaptés et transposés au milieu pré-hospitalier, ces pratiques, pour moi, viendront à se démocratiser dans les années à venir ; et les ISP auront plus d'autonomie (grâce à l'accès à des formations de niveaux supérieurs par exemple) mais également plus de responsabilités.

1.4 Eclairage théorique

1.4.1 Organisation du secours à personne et de l'AMU en France²

Une définition de ce qu'est l'AMU paraît nécessaire avant de poursuivre ; en voici une qui nous est donnée par le Code de la Santé Publique en son article L.6311.1 :

« L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgences appropriés à leur état ».

Nous parlons tout à l'heure du système de secours unique qu'est le notre ; en effet, celui-ci se fonde sur trois spécificités :

- L'existence des SP, premiers répondants face à une demande de secours : cela correspond à une *couverture de proximité du territoire* ;

² 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 – 25 Juin 2008 – p. 7

- La régulation médicale des appels (Centre 15) : permet une « *adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale* » ;
- Une réponse médicale et/ou réanimatoire en urgences pré-hospitalières afin de « *garantir la meilleure qualité de la prise en charge* ».

En ce qui concerne cette dernière, notons qu'elle repose sur une méthode propre qui nous appartient : celle 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 emmener la victime le plus rapidement possible dans une structure hospitalière pour qu'elle puisse recevoir des soins appropriés).

D'autres acteurs rentrent en jeu dans cette organisation en sus des SP et du SAMU/SMUR : nous retrouvons également les ambulances privées (intervenant principalement au domicile des personnes malades ou effectuant des transferts entre établissements de soins) mais aussi les associations agréées de Sécurité Civile, telles que la CRF, la PC, la CB...

Nous ne nous intéresserons pour ce travail de recherches qu'aux SDIS et aux SAMU/SMUR.

1.4.1.1 Le service départemental d'incendie et de secours

1.4.1.1.1 Missions et organisation

Vu l'article L.424-2 du code général des collectivités territoriales, le SIS a compétence dans 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.

Outre ces différentes missions, le SIS comprend en son sein un SSSM, ayant des missions qui lui sont propres³ :

- La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude⁴ des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 (3 principaux types de visites médicales existent⁵ : la visite de recrutement, la visite de maintien en activité réalisée annuellement et les visites de reprise d'activité après 21 jours d'arrêts) ;

³ Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997, relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours, Journal Officiel n°301 du 28 décembre 1997, p. 19017.

⁴ Arrêté du 6 mai 2000, fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours, Journal officiel n°135 du 11 juin 2000, p. 8869.

⁵ Les missions du SSSM – <http://www.infirmierssapeurpompier.com>

- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité du même nom⁶ : le SSSM doit veiller à la sécurité des sapeurs-pompiers en assurant informations, formations à leur égard et en proposant toute mesure susceptible de l'améliorer;
- Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers⁶ : lors de ces soutiens sanitaires, l'ISP participe à la surveillance des personnels engagés, contrôle le monoxyde de carbone inhalé par le personnel à l'attaque du feu ainsi que dans le milieu ambiant. Il surveille l'alimentation et la réhydratation du personnel, il porte assistance et assure les premiers gestes paramédicaux aux SP blessés sur intervention ;
- La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne (l'ISP y participant également, celui-ci est un véritable conseiller technique tant sur le plan des diverses pathologies rencontrées par les SP que sur le matériel qu'ils utilisent);
- La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

Ce SSSM concourt également à trois autres missions :

- Aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 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 (partie qui sera développée un peu plus tard au cours de ce travail) ;
- Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires (toxi-infections alimentaires par exemple) ;
- 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.

D'autre part, il est à préciser ce qu'est le secours à personne et les missions qui incombent aux SIS en cette matière :

- Assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- Pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer l'efficacité ;
- Réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux⁷ ;
- Réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

⁶ DUBROUS.V et MONTMARTEAU.V – Chapitre 2 : *L'infirmier de sapeurs-pompiers* - « Place des IDE dans le secteur de l'urgence en dehors de l'hôpital » - 2003 – pps. 11 - 18.

⁷ Article R.6311-6 du Code de Sante Publique, *relatif à l'orientation des appels*, Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005, p. 37003.

1.4.1.1.2 Un exemple : le SDIS de Loire-Atlantique⁸

Le SDIS 44 assure le secours d'urgence auprès de 1,3 millions d'habitants sur le territoire de 221 communes.

En 2012, les SP du département ont réalisés 59636 interventions soit une moyenne de 163 interventions par jour.

Il est intéressant de remarquer que le SAP représente 71,57 % de l'activité opérationnelle avec 42685 interventions contre 6063 (soit 8,35 %) sorties pour faits d'incendies.

La Direction du service est basée à la Chapelle Sur Erdre, sur le même site que le CTA/CODIS : endroits où sont réceptionnés les appels d'urgences (18, 112 ou 114) et où les engins dépêchés sur le lieu de l'intervention sont régulés. Ce site permet la gestion des moyens de l'ensemble des 97 centres de secours du département lors d'une demande de secours.

Par ailleurs, le maillage organisationnel du SDIS est distingué par cinq groupements territoriaux permettant une délocalisation hiérarchique et fonctionnelle de la Direction auprès des CIS (*cf.* Organigramme fonctionnel du SDIS 44 – ANNEXE I) :

- Groupement de Nantes (*cf.* Implantation géographique des VLI – ANNEXE II) ;
- Groupement de Riaillé ;
- Groupement de Saint-Nazaire (troisième VLI au sein de la ville de St Nazaire) ;
- Groupement de Bourgneuf-en-retz ;
- Groupement de Blain.

La Direction du SSSM 44 :

Le Service de Santé et de Secours Médical a été créé dès 1960. Il comprenait alors des médecins, pharmaciens et vétérinaires tous volontaires.

Les infirmiers ont été reconnus comme membres à part entière du SSSM en 1999.

La professionnalisation du service de santé date de 2000 avec la parution d'un décret créant le cadre d'emploi des médecins, pharmaciens et infirmiers sapeurs pompiers professionnels.

Placés sous l'autorité du Médecin Chef, le Médecin Colonel Michel Blanche, la Loire-Atlantique compte au sein du SSSM :

- 70 Médecins dont 5 professionnels ;
- 148 infirmiers dont 6 professionnels ;
- 11 pharmaciens dont 1 professionnel ;
- 3 vétérinaires volontaires ;
- 1 psychologue clinicien.

⁸ Site du Service Départemental d'Incendie et de Secours de Loire-Atlantique – <http://www.sdis44.fr>

1.4.1.2 La réponse hospitalière en médecine d'urgence

1.4.1.2.1 Les missions du SAMU

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui a « pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état », le SAMU, service hospitalier, a pour mission de « répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ». « Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS ».⁹

Concernant la régulation médicale (ayant pour but d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse), outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir¹⁰ (sous convention) pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- Les transporteurs sanitaires privés ;
- Les médecins et paramédicaux libéraux.

1.4.1.2.2 Le SMUR

Il assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert le concours d'une assistance médicale et/ou réanimatoire et le cas échéant, après régulation avec le SAMU, l'acheminement de ce patient vers un établissement de santé¹¹.

Une UMH est composée d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier diplômé d'état (ou IADE) et d'un conducteur ambulancier : c'est un « hôpital roulant ». Cette unité est disponible 24h/24 7j/7, mobilisable en tout temps dans son hôpital de référence par le SAMU.

1.4.2 L'Infirmier de Sapeur-Pompier au sein du SSSM

Le référentiel du secours à personne du 25 Juin 2008 constitue la « doctrine française » en matière d'urgences pré-hospitalières. Il sert désormais d'instruction aux SDIS et aux SAMU. C'est ce document qui détermine la place et le rôle de chaque acteur dans la réponse à l'aide médicale urgente ; s'en retrouve donc définit le cadre d'exercice de l'ISP dans ce contexte particulier.

L'ISP, qu'il soit volontaire ou professionnel, fait partie intégrante du SSSM. Il est cependant à distinguer ces deux catégories de professionnels :

⁹ Article R.6311-1 du Code de Sante Publique, *Sous-section 1 : Mission des services d'aides médicale urgente*, Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005, p. 37003.

¹⁰ Article R.6311-8 du Code de Sante Publique, *Relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins*, Journal Officiel n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.

¹¹ Article R.6123-15 du Code de Sante Publique, décret n°2006-576 *Relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (disposition réglementaires)*, Journal Officiel n°119 du 23 mai 2006, p. 7531.

- L'ISPV : celui-ci exerce l'activité de sapeur-pompier en tant qu'infirmier ; cela signifie qu'il ne peut participer aux missions de lutte contre les incendies, opérations de désincarcérations routières, ou tout autres types d'opérations exclusivement réservées aux sapeurs-pompiers non « spécialistes ». Son rôle, nous le verrons, sera entre autre d'effectuer, hors contexte opérationnel, des visites d'aptitudes en faveur des SP et de la formation. Le soutien sanitaire et la participation au secours à personne (*via* le déplacement d'un VLI et l'application ou non d'un protocole infirmier de soins d'urgences – la définition et le cadre légal de ces PISU seront développés un peu plus tard dans ce travail) représentent l'autre versant de leur activité. Il est également à préciser que tout ISP se retrouvant face à une situation d'urgence hors contexte d'intervention ne peut appliquer de PISU que dans le cadre d'une prescription par un médecin régulateur ou d'un MSP ; quand l'ISP intervient ce n'est qu'en tant que membre du SSSM ;
- L'ISPP : pour lui, ce statut représente son activité professionnelle, il est employé par un SDIS et participe principalement à l'encadrement des ISPV. Ils ont également un rôle opérationnel, mais aussi dans les formations auprès des personnels du SDIS et leur suivi médical (conjointement avec le MSP). Pour Monsieur B.¹² l'ISPP a aussi comme rôle « *de recruter les ISP et de les former à leurs différentes missions et tout mettre à disposition pour que ces missions se déroulent au mieux* ».

Intéressons-nous donc maintenant à ce qui fait la particularité de ces sapeurs-pompiers « spécialistes » en nous penchant sur leurs formations (initiale et continue).

1.4.2.1 Formation initiale de l'ISPV ^{13 14 15}

Pré-requis :

- Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Aptitude médicale
- Inscription au conseil de l'ordre infirmier

Formation initiale : Cette FIA est menée en partenariat entre l'ENSOSP et les facultés de médecine de Bordeaux et Strasbourg. Une partie est également assurée par le SDIS d'appartenance de l'ISP. Voici présentés de façon succincte les différents modules de formation :

- *Module d'observation* : Correspond à une journée au sein d'un service de sante d'un SDIS ;

¹² Cf ANNEXE V – « *Entretien du 1^{er} Février 2013 avec l'Infirmier d'Encadrement Monsieur B. ISPP au SDIS44* ».

¹³ Code Général des Collectivités Territoriales, *arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des Sapeurs-Pompiers Volontaires*, articles 29 et 31.

¹⁴ VASSEUR Philippe, Médecin-Chef de l'ENSOSP et chef de la division des formations sante (FORSAN), *L'enseignement à distance*, Magazine du Service de Sante et de Secours Médical des Sapeurs-Pompiers (3SM Mag), n°11, Décembre 2011, pps. 20 - 21.

¹⁵ DUBROUS.V et MONTMARTEAU.V – Chapitre 2 : *L'infirmier de sapeurs-pompiers* - « Place des IDE dans le secteur de l'urgence en dehors de l'hôpital » - 2003 – pps. 11 - 18.

- *Module secourisme* : 2 fois 5 jours de formation au PSE de niveaux 1 et 2, pour leur permettre d'intervenir en totale synergie avec les SP, en somme parler le même « langage », facilitant ainsi la communication et la compréhension de chacun. ;

- *Module sécurité civile* : 3 jours à l'ENSOSP ;

- *Module santé publique* : 5 jours (avec rédaction et soutenance d'un mémoire) ;

- *Module de soins d'urgence* : 5 jours ;

- *Formation aux PISU* : Pour ce qui est du SDIS 44, il s'agit de 4 jours de formation comprenant cours médicaux et apprentissage/maniement des différents PISU. Une place importante est laissée à la pratique pendant ces journées.

Ces quelques jours effectués, l'ISP est amené à prendre un nombre de gardes en doublure VLI (avec un ISPP) déterminé en fonction du ressenti à la fois du formateur et celui du stagiaire quant à sa capacité à intervenir seul. A l'issue, son nom viendra compléter la liste opérationnelle du département des ISP aptes à exercer leur activité à bord du VLI ;

- *Formation au Soutien Sanitaire aux Opérations* : correspondant à 2 journées ;

- *Médecine d'aptitude* : Encore une fois doublure au départ avec un ISPP ou un ISPV (afin de les autonomiser) les formant à l'utilisation du logiciel « MédiSAP » (SDIS 44) et aux examens paramédicaux (biométrie avec prise des constantes vitales, poids, taille et détermination de l'IMC, ECG, audiométrie, réalisation de vaccins, visiométrie, spirométrie pour l'évaluation des capacités ventilatoires des SP, examens des urines avec bandelette urinaire et recherche de toxiques).

Cette FIA est validée lorsque le stagiaire a, d'une part, acquis l'ensemble des modules et, d'autre part, suivi les stages d'observation et d'application. Elle fait l'objet de l'attribution d'un diplôme de l'ENSOSP (brevet) avec mention « infirmier sapeur-pompier volontaire ». L'acquisition des modules universitaires est sanctionnée par un diplôme interuniversitaire de santé publique et soins d'urgences appliqués aux SDIS.

De plus, au sein du SDIS 44, pour celles ou ceux ne l'ayant jamais fait, il est proposé un stage aux urgences ou en réanimation (des conventions avec les SAU de Nantes et St Nazaire ont été établies) afin d'appréhender ce milieu dans lequel ils auront à amener leurs futurs patients.

Enfin, il convient de préciser que, à l'instar des infirmiers de sapeurs-pompier professionnels, est prévue la possibilité d'une dispense partielle ou totale de la formation initiale après avis d'une commission de validation des acquis instituée par l'arrêté du 5 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompier volontaires.

1.4.2.2 Formation initiale de l'ISPP¹⁶

Le recrutement se fait soit par voie de concours externe, ouvert aux femmes et aux hommes satisfaisant les conditions d'accès spécifiques, soit par détachement.

- Conditions d'accès au concours:

- Posséder la nationalité française ou être ressortissant de la communauté européenne ;

- Jouir de ses droits civiques ;

¹⁶ ENSOSP, *Devenir Infirmier de Sapeur-Pompier Professionnel* – <http://www.ensosp.fr>

- Se trouver en position régulière au regard du code du service national ;
- Etre âgé de 40 ans au plus au 1er janvier de l'année du concours (possibilité de recul de limite d'âge).
- Conditions de diplôme :
 - Diplôme d'Etat d'Infirmier ;
 - Ou autorisation d'exercer la profession ;
 - Ou titre de qualification admis comme équivalent et figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sante.
- Epreuves du concours:
 - Examen des titres détenus par le candidat ;
 - Aptitude médicale ;
 - Entretien avec le jury.

Dans les deux cas, quand l'agent est reçu, il devra suivre la formation suivante :

- La Formation Initiale d'Application (FIA) de 18 semaines ;
- La Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE) de 5 semaines

L'attribution d'un diplôme de l'ENSOSP avec la mention « Infirmier de Sapeur-Pompier Professionnel » lui sera alors remis à l'issue.

1.4.2.3 L'ISP, le SAP et l'AMU

Après avoir dépeint un tableau relativement concis de ce qu'était un ISP avec ses rôles, ses missions et sa place au sein d'un SDIS, nous allons maintenant nous intéresser à ce qui encadre son activité opérationnelle à bord du VLI.

Pour précision, sur l'ensemble de l'année 2012 le VLI du SDIS 44 est intervenu 2373 fois, avec une part importante laissée aux prises en charges de pathologies traumatiques (86%).¹⁷

1.4.2.3.1 Cadre légal

Qu'il soit professionnel ou volontaire, l'ISP dispose d'un véritable statut juridique opposable défini par le code général des collectivités territoriales (CGCT). L'exercice de celui-ci relève des dispositions du code de la santé publique.

Nous le disions également tout à l'heure, les ISP sont placés sous l'autorité du médecin chef du SDIS dirigeant le SSSM, lui-même étant sous l'autorité du DDSIS¹⁸.

Les dispositions du code de la santé publique concernant la profession d'infirmier sont :

- pour l'exercice, les articles R.4311-1 et suivants¹⁹ ;
- pour les règles professionnelles les articles R.4312-1 et suivants²⁰.

Le statut des ISP est défini par les textes suivants :

¹⁷ BOSSY Y. et DESHAYES P. – *Activité VLI 2012 – SSSM 44*

¹⁸ Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales.

¹⁹ Code de la Santé Publique - Textes réglementaires et législatifs – Exercice de la profession.

²⁰ Code de la Santé Publique – Règles professionnelles – Exercice de la profession.

- loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompier ;
- loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile ;
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompier volontaire modifié par le décret n°2003-1141 du 28 novembre 2003 ;
- décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 régit le cadre d'emploi des ISPP ;
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompier professionnel et volontaire.

Nous pouvons également retrouver d'autres textes relatifs au champ d'activité de l'ISP, tels que :

- le décret du 97-1225 du 26 décembre 1997 concernant les missions correspondant à leur spécialisation d'infirmier ;
- l'article 13 du décret 2002-194 du 11 février 2002, traitant de la mise en œuvre de protocoles de soins d'urgence lors de l'exercice de la profession d'infirmier ;
- la note d'information de la direction de la défense et de la sécurité civile DSC/10/DC/00356 de septembre 2002, délimitant la sphère de compétence opérationnelle de l'infirmier de sapeurs-pompier.

Posons dès à présent ce qui fera notre argumentaire quant à notre question de départ, à savoir les compétences de l'IDE. Il est donc à distinguer deux notions dans ce cas là : le rôle propre (« *L'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire*²¹ ») et le rôle prescrit (*L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin*²² »).

En application de ces articles, plusieurs actes pré-hospitaliers peuvent y être retrouvés et donc être appliqués par notre ISP :

- Actes pré-hospitaliers sur rôle propre :
 - Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
 - Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
 - Recueil [...] température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience (score de Glasgow allant de 3/15 signant un coma à 15/15 révélant une personne en parfait état de conscience), évaluation de la douleur (EVA) ;
 - Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
 - Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
 - Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
 - Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, pH²³ ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;

²¹ Article R4311-3 du CSP – Définition du rôle propre.

²² Article R4311-7 du CSP – Définition du rôle prescrit.

²³ Le pH permet la mesure de l'acidité ou de l'alcalinité d'une solution (ici les urines).

- Aide et soutien psychologique, observation et surveillance des troubles du comportement.
- Actes pré-hospitaliers sur rôle prescrit :
 - Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 (produits d'origine humaine nécessitant un contrôle d'identité et de compatibilité et injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux) , instillations et pulvérisations ;
 - Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
 - Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12 ;
 - Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
 - Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 (santé mentale) ;
 - Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
 - Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
 - Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
 - Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
 - Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes;
 - Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
 - Pose d'une sonde à oxygène ;
 - Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
 - Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.

Suivant toute logique, la liste sus-citée en l'article R4311-7 du CSP, correspond à des actes pouvant être réalisés seul par un IDE et par conséquent légitimé l'existence même de protocoles d'urgences, nous y reviendrons.

Avant d'aller plus loin, essayons de déterminer les conditions d'engagement d'un VLI sur intervention afin de les positionner dans la chaîne des secours.

1.4.2.3.2 Conditions d'engagement d'un ISP sur intervention

Deux situations peuvent se retrouver concernant leur mode de déclenchement :

- La première, intervenant dans le cadre d'un « départ réflexe » : le VLI sera directement envoyé au départ du premier engin de secours (un VSAV la plupart du

temps) sur l'appel 18 ou 112. En effet, certains motifs de départ ont été identifiés comme devant comporter un VLI dans le train de départ (ex : intoxication au CO, la majeure partie des hypoglycémies, etc) afin de prévenir une aggravation potentielle de la victime en perdant le moins de temps possible ;

- La deuxième faisant suite au bilan secouriste du chef d'agrès du véhicule de secours et demandant un moyen para médicalisé en renfort (généralement pour une prise en charge de la douleur).

Il arrive néanmoins qu'un ISP puisse être déclenché par d'autres moyens : le CTA, en renfort pour un SSO par exemple (auquel cas le CRRA 15 devra en être avisé) ou bien par le CRRA 15 directement dans le cadre de l'AMU²⁴.

D'ailleurs, il arrive (tel l'a été au sein du SDIS 44 et plus particulièrement à St Nazaire), que toutes les équipes SMUR soient en intervention : alors un médecin des urgences se rend disponible si un appel parvient par exemple pour un ACR et en parallèle, un VLI est déclenché et les deux entités se rejoignent afin de former un « SMUR blanc/rouge ».

De plus, il est à préciser qu'en aucun cas l'activité des ISP ne se substitue à celle des médecins : 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'ISP est là en tant que conseiller technique, il apporte son avis et son expertise clinique aux membres de l'équipe de secours ainsi que ses compétences professionnelles au profit du « patient-victime ».

Enfin, l'ISP est amené à travailler, dans le cadre de ses prises en charge, en coopération et/ou collaboration²⁵ avec différents acteurs de secours, comme nous l'avons vu, tels que les SP, le SMUR, un MSP mais aussi dans de rares cas les ambulanciers privés.

1.4.2.3.3 Les PISU

Ceux-ci sont prévus à l'article R.4311-14 alinéa 1 du code de la santé publique : « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière 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* ».

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.

L'article R4312-29 CSP dispose 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* ». De plus, l'ISP n'étant pas médecin, le protocole doit exclure la notion d'investigation diagnostique et se cantonner à la recherche de critères de déclenchement, présents ou non, conditionnant son application.

²⁴ 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 – 25 Juin 2008 – p. 28

²⁵ Ces deux concepts seront développés dans la partie « Cadre conceptuel » de ce mémoire.

De plus, la circulaire DSC/10/DC/00 356 décrit le fait que *l'ISP « sera autorisé par le médecin chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocole »*. La mise en place de ceux-ci doit s'inscrire dans une démarche de qualité des soins ; à cette fin, la Direction de la Défense et de la Sécurité Civile a publié en 2004 un document en précisant les conditions (ex : 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 SSSM et autres experts, pour actualiser les protocoles par rapport à l'évolution des connaissances médicales et du retour d'expérience...) ^{26 27}.

A l'heure actuelle, aucun document harmonisant au niveau national les protocoles infirmiers de soins d'urgence n'existent. La SFMU a cependant publié des recommandations professionnelles ²⁸ précisant les conduites à tenir, en fonction de critères particuliers d'observation clinique, dans certaines situations (ACR, accouchement, antalgie, brûlures graves, convulsions, difficultés respiratoires, douleur thoracique non traumatique, hémorragie sévère, hypoglycémie, intoxications aux fumées d'incendie, réaction allergique) lorsque l'IDE se trouve seul face à l'urgence. Ces recommandations ne sont donc pas des protocoles ; cela implique qu'elles n'ont pas de valeurs juridiques, elles ne peuvent que « guider » les instances médicales décisionnaires dans leur rédaction de protocoles ; la SFMU n'étant qu'une instance médico-scientifique. Il est néanmoins à noter que ces recommandations ne correspondent « *qu'aux situations d'urgence les plus fréquentes et où une prise en charge immédiate permet d'envisager un bénéfice clinique pour le patient* ».

C'est ainsi qu'en France, nous pouvons observer quelques disparités dans les PISU des différents départements : le SDIS 78 ne possède par exemple pas la capacité d'utiliser du chlorhydrate de morphine dans la prise en charge de la douleur chez l'adulte.

Prenons l'exemple des PISU utilisés au sein du SDIS 44 ²⁹ : ceux-ci sont au nombre de 16 dont voici les intitulés :

- Douleur thoracique ;
- ACR ;
- Dyspnée de l'adulte ;
- Dyspnée de l'enfant ;
- Etats de choc ;
- Choc allergique ;
- Convulsions chez l'adulte ;
- Convulsions chez l'enfant ;
- Intoxication médicamenteuse ;
- Brûlure ;
- Trouble de la conscience chez le diabétique ;
- Douleur chez l'adulte ;
- Douleur chez le patient âgé de moins de 18 ans ;
- Traumatologie des membres supérieurs et inférieurs ;
- Intoxication au monoxyde de carbone ;

²⁶ *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 – p. 1

²⁷ ANNEXE III – « Procédure opérationnelle des infirmiers en l'absence de médecin »

²⁸ SFMU – Recommandations professionnelles – *L'infirmier(ère) diplômé(e) d'état seul devant une situation de détresse médicale* – Décembre 2011 – 21 pages.

²⁹ Direction du SSSM 44 – Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence.

- Exposition aux fumées d'incendies.

Si l'on se penche sur le « protocole douleur chez l'adulte » (nous verrons plus tard que celui-ci correspond en fait à une procédure), l'administration de chlorhydrate de morphine n'est possible qu'après régulation avec le médecin régulateur du SAMU. En effet, pour le moment en Loire-Atlantique, l'utilisation de cet opioïde est soumise à prescription téléphonique *via* un médecin. Le fait de prescrire par téléphone ne constitue pas une entrave au déroulement d'une intervention, ni une conduite illégale. En effet, les conversations sont enregistrées sur bande, permettant un « visionnage » audio ultérieur si un problème a été rencontré.

L'application d'un PISU par un ISP permet donc de venir compléter une prise en charge secouriste sans pour autant rentrer dans une prise en charge médicale. Son action permettra de stabiliser l'état du patient ou tout du moins de pallier à son aggravation, dans le but de le laisser sur place, 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 ; tout ceci étant défini comme étant la « **réponse graduée** » dans la chaîne des secours (savoir et pouvoir ne pas envoyer de « gros » moyens dès le départ mais seulement quand il y en a besoin)³⁰.

Néanmoins, en regard des compétences de l'IDE, une problématique se pose : l'article 71 du code de déontologie médicale (article R.4127-71 du code de la santé publique) dispose que [...] Il [le médecin] « *doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours* ». Cet impératif tenant à la recherche d'efficacité et d'innocuité appelle une remarque : la nécessité d'habiliter de façon nominative les IDE afin de suspendre de façon individuelle, le cas échéant, l'habilitation³¹.

Tout ceci nous amenant à présent à déterminer le cadre conceptuel de notre travail afin d'aborder d'un tout autre point de vue ce qui fait l'objet de nos recherches : à savoir si l'autonomie actuelle des ISP dans leur prise en charge pré-hospitalière sera amenée à évoluer.

1.5 Le cadre conceptuel

La majeure partie de mon travail s'appuiera sur deux concepts clés que sont d'une part « l'autonomie » et d'autre part « l'indépendance ». En effet nous découvrirons qu'une différence notable existe entre ces deux concepts, fondamentale à la définition de la pratique infirmière en pré-hospitalier et plus précisément en VLI.

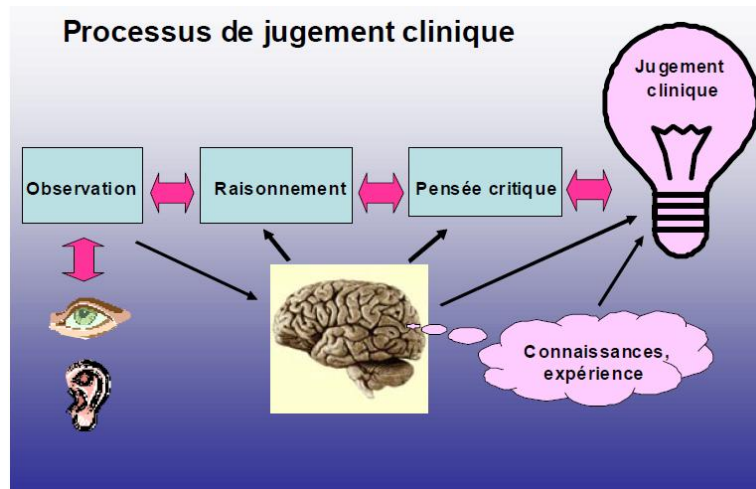
Néanmoins, d'autres seront développés au cours de ce paragraphe, étant donné leur importance certaine : tant sur le plan individuel (relatif à l'ISP) que sur le plan contextuel.

Avant d'aborder véritablement les fondements conceptuels, je souhaiterais évoquer un point me semblant important et permettant une meilleure compréhension de ce qui suivra : le jugement clinique de l'ISP face à sa prise de décision sur intervention (entendons par « prise de décision » l'application, ou non, d'un protocole). En effet, l'autonomie et l'indépendance passent par l'acquisition de connaissances théoriques, mais également par. Le jugement clinique, c'est cette faculté, cette « *idée claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées; il est, en somme, la*

³⁰ ANISP - *La bonne personne, au bon endroit, au bon moment.*

³¹ COUESSUREL Nicolas, Infirmier en Chef, Juriste SSSM du Rhône – *Responsabilité des IDE et protocoles d'urgence.*

conclusion qu'elle en tire³² ». C'est pouvoir arriver à une déduction logique permettant un choix. Il oriente non seulement l'action de l'IDE comme soignant, mais aussi celle du médecin et des autres professionnels de la santé.



32

Cette déduction logique est le résultat d'un processus observationnel et de raisonnement : l'IDE (ou l'ISP dans notre cas) a pu recueillir, dans une situation particulière, un ensemble de données qu'il a ensuite fallu traiter. Ce traitement s'est effectué grâce à la « *pensée logique* » du professionnel, l'amenant à « *établir des liens avec ce qui est déjà connu sur le sujet et de les considérer d'un regard rationnel et critique* ». S'en suit ainsi une interprétation et une prise de décision. Le jugement clinique apparaît alors comme un cycle d'activités : il s'agit de percevoir des activités mais aussi de les traiter et de les organiser. Il faut être capable de raisonner, de juger et de mettre en accord plusieurs applications mentales.

Nous pouvons donc déjà percevoir ce qui permettra, dans une moindre mesure pour le moment, le développement, ou pas, de l'autonomie de l'ISP quant à ses compétences sur intervention. Nous pourrions même dès à présent parler d'une « limite ». En effet, ce jugement clinique, s'il vient à « manquer » (d'une manière ou d'une autre : apport de connaissances insuffisant, peu d'expérience...) chez le professionnel, alors cette autonomie ne pourra s'en retrouver que limitée. Ainsi, nous le verrons, celle-ci se définit comme étant « *la possibilité de décider, pour un organisme, un individu, sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité* ». ³³ Résumons très simplement cette phrase par le fait que « l'individu » serait assimilable à l'ISP et ces trois entités (le pouvoir central, la hiérarchie et l'autorité) au SDIS/SAMU en terme de prescription médicale par le médecin.

Le cadre d'intervention pouvant être amené à évoluer selon le contexte, il me paraît intéressant à présent de définir quelques concepts que je souhaite regrouper pour des raisons pratiques. Ces concepts me permettant d'asseoir en partie le cadre théorique entourant l'ISP et développés au point 1.5.2 de ce travail.

1.5.1 Les concepts d'autorité fonctionnelle et d'autorité hiérarchique

Une définition rapide de ceux-ci peut en être donnée :

³² PHANEUF Margot, *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance* - 17 Décembre 2008 – p. 1

³³ LEGRAIN Michel et GARNIER Yves - *Le petit Larousse*, Paris, Larousse, p. 102

- Autorité fonctionnelle : « Capacité à contraindre du fait d'une fonction et d'un statut dans une organisation, les individus à agir ». ³⁴ ;
- Autorité hiérarchique : « Capacité à contraindre par une position hiérarchique dans une organisation, les individus à agir ». ³⁴

Rapprochée à l'exercice de l'ISP, l'autorité fonctionnelle ne retrouve pas sa définition dans le contexte de l'opérationnel. En effet, comme nous l'avons vu ci-dessus, celui-ci n'a pas de fonction de commandement mais de conseiller technique ; seul le chef d'agrès à ce « pouvoir ».

A l'inverse, de par son grade d'officier, il peut dans certains cas user de son autorité hiérarchique. De plus, nous pouvons préciser qu'un médecin du SDIS possède cette double autorité envers l'infirmier ; néanmoins, l'ISP est rattaché hiérarchiquement au cadre du SDIS qu'est L'ISPP en chef, malgré le grade supérieur que possèdent les médecins sapeurs pompiers.

1.5.2 Les concepts de coopération, de collaboration et de partenariat

Commençons par en donner une définition avant d'aller plus loin :

- Coopération : « Action volontaire ou non, entre plusieurs individus ou groupes pour réaliser en commun une tâche plus ou moins complexe, notamment dans la fabrication d'un produit ou d'un service ». ³⁵ ;
- Collaboration : « C'est « travailler avec », cela sous entend partager, s'inscrire dans un partenariat, de l'interdépendance et la notion d'équipe ». ³⁶ ;
- Partenariat : « Action commune entre organismes différents dans un but déterminé ». ³⁷

Ici, comme à l'hôpital ou tout autre établissement de soin, l'IDE collabore avec le médecin *via* les prescriptions (téléphoniques ou orales sur intervention) mais également par le biais des protocoles. En effet, ceux-ci correspondent à des actes médicaux réflexes délégués. Nous pourrions presque appeler cela de la « collaboration à distance ».

La coopération se manifesterait par exemple par l'aide conjointe que peuvent s'apporter deux ISP sur intervention.

Quant au partenariat, plusieurs intervenants peuvent être mis en lien avec l'ISP sur opération : notons tout d'abord les sapeurs-pompiers en eux-mêmes, mais également l'équipe du SMUR (dans ce cas là le médecin de cette équipe pourra agir en collaboration avec l'ISP), la police, la gendarmerie...

Trois concepts, trois visions différentes, ayant néanmoins un même but : la prise en soin d'une victime dans les meilleures conditions possibles.

Attachons-nous à présent à définir nos concepts fondateurs, formant le cœur de l'activité d'ISP, et commençons par celui qui me semble le plus important : « l'autonomie ».

³⁴ AKOUN A. et ANSART P. – Dictionnaire de sociologie – Collection Le Robert – 1999 – p. 46

³⁵ AKOUN A. et ANSART P. – Ibid - p. 116

³⁶ AKOUN A. et ANSART P. – Ibid – p. 86

³⁷ <http://www.cnrtl.fr/definition/partenariat>

1.5.3 Le concept d'autonomie

D'un point de vue étymologique, le mot provient de la combinaison de deux mots grecs : « auto » (à soi-même, pour soi-même) et de « nomos » (la loi). C'est se donner à soi-même sa propre loi.

E. MORIN, psychosociologue, définit l'autonomie comme une « *capacité à agir avec réflexion et en pleine connaissance des enjeux personnels et sociaux des actions* ». Cela suppose faire des choix, se situer, se donner des règles. Il est donc indispensable de se connaître. Cette définition correspond à l'autonomie professionnelle. Elle fait appel à la compétence, à la connaissance du cadre de règles (pour notre cas, cela correspond à l'application des PISU) et à la capacité de faire des choix (l'application ou non de ceux-ci). Les choix seront différents en fonction du niveau de compétences de l'ISP (déterminé, comme nous le disions tout à l'heure par divers facteurs : connaissances théorico-pratiques, expérience...). Connaître le cadre de règles permet d'agir dans son champ de compétence et de prendre ses responsabilités.

De son côté, A.M POLLET-MASSET, psychologue, définit l'autonomie en expliquant ce qu'elle n'est pas :

- L'autonomie n'est ni l'individualisme, ni l'indépendance, ni la dépendance ;
- L'autonomie n'est ni le désordre, ni la liberté, ni la contrainte ;
- L'autonomie n'est ni l'indifférence, ni le pouvoir absolu, ni l'absence d'identité.

L'autonomisation est un processus supposant une succession d'étapes : la soumission, l'opposition, l'individualisme et la coopération.

Explicité de manière simple, ces étapes correspondent³⁸ :

- Pour la première : à une étape de découverte où l'expérience peut être considérée comme nulle et les connaissances limitées. Cela ne favorisant donc pas la prise de décision ;
- Pour la deuxième : à une étape où le professionnel voudrait se détacher de sa dépendance à autrui mais est freiné par une certaine insécurité professionnelle (les connaissances commencent à s'accumuler mais les liens à effectuer entre théorie et pratique ne sont pas encore très clairs ni même immédiats : la pensée logique, dont nous parlions tout à l'heure, n'en est pas encore arrivée à sa dimension « professionnelle » ;
- Pour la troisième : cette fois-ci, le professionnel est « armé » de compétences et de connaissances qui lui permettent de prendre position. Il peut faire ses propres choix sans réelle dépendance à l'autre ;
- Enfin, pour cette dernière étape : l'autre est considéré comme un égal, un pair. Les compétences de chacun sont reconnues.

Ainsi, nous pouvons observer qu'appliqué aux ISP, ce concept nous démontre que l'autonomie ne peut être accessible aux « novices » (d'où généralement ce temps de latence de 1 à 2 ans d'expérience professionnelle avant d'intégrer un SDIS en tant qu'ISPV). Les compétences à acquérir pour en arriver au stade de la coopération nécessitent apprentissages et expériences de manière constante.

Avant donc d'en passer par un cadre législatif régissant les règles professionnelles, il est nécessaire que le développement de cette autonomie s'effectue sous forme individuelle. L'autonomie ne s'acquière ni ne s'apprend : elle se développe.

³⁸ NUNGE et MORTERA - *Être autonome à l'écoute de ses vrais besoins*, Edition Jouvance, 1998, p. 14.

« L'autonomie professionnelle se définit autour de la marge de manœuvre dont dispose un professionnel au sein d'une organisation pour réaliser ses tâches »³⁹ : dans notre cas, cette « marge de manœuvre » correspondrait au cadre imposé par les protocoles suivant un logigramme précis ne permettant normalement pas de doute quant à sa mise en œuvre ou non.

De plus, suivant son degré d'autonomie, il est possible de satisfaire ses besoins et de s'épanouir. Elle donne le pouvoir de répondre à ces besoins et participe à la réalisation de soi. Cette dernière est un niveau de la pyramide des besoins de MASLOW. Cette théorie élaborée par A. MASLOW, psychologue, définit une hiérarchisation des besoins chez l'individu :

- besoins physiologiques ;
- de sécurité ;
- liés à l'appartenance et à l'amour ;
- liés à l'estime de soi et à la réalisation de soi.

L'autonomisation passerait donc par une étape de construction identitaire au même titre qu'une construction professionnelle. Elle permettrait une affirmation de la personne en tant que tel. Serait-ce donc l'un de ces aspects que les ISPV tenteraient de développer par cette pratique, que ce soit de manière consciente ou non ? La réponse ne peut être donnée à ce stade des recherches et ne pourrait l'être que plus tard ; ce à quoi nous ne manquerons pas de nous intéresser au travers des réponses recueillies dans les questionnaires.

Nous parlions tout à l'heure du concept « d'indépendance » ; celui-ci est différent de l'autonomie, cependant les deux sont liés. Dans une certaine mesure, il peut être défini comme suit : l'indépendance est l'incapacité ou la non volonté de s'intégrer dans un lien de « subordination ». Rentrant dans le cadre sociologique d'une organisation, celui-ci peut être rapproché de l'activité d'ISP en terme de compétences (et donc de mise en place de protocoles ou de jugement clinique).

Ce pourquoi, il me semble tout de même important d'y apporter quelques précisions.

1.5.4 Le concept d'indépendance

Souvent confondus ou donnés en synonymes, l'autonomie et l'indépendance sont deux concepts bien distincts. L'un ayant trait à « l'auto-gouvernance » (que je qualifierai de multidimensionnelle), l'autre à la capacité d'un individu à se détacher d'une structure organisationnelle, physique et/ou psychique : c'est ne pas être « dépendant de ou à quelque chose », ou encore la capacité d'une personne à réaliser une tâche sans l'aide d'autrui mais sans forcément pouvoir la gérer.

C'est ainsi que dans la littérature, Virginia Henderson, infirmière, définit l'indépendance comme étant « la satisfaction d'un ou de plusieurs besoins de l'être humain par des actions appropriées qu'il accomplit lui-même ou que d'autres font pour lui selon sa phase de croissance et de développement, mais aussi, selon les normes et critères de santé établis ».

De son côté, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) nous donne une définition plus générale de ce concept, en précisant qu'il s'agit du « fait de jouir d'une entière autonomie à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose »⁴⁰.

³⁹ POLET-MASSET - *Passeport pour l'autonomie*, Edition Lamarre, 1993, p. 20.

⁴⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/independance>

Si l'on se réfère à notre première définition, somme toute relative et spécifique au domaine de la santé, celle-ci nous indique la démarcation existante avec l'autonomie : ici il est question de l'apparition d'un tiers en cas de « besoin ». *A contrario*, le CNRTL nous précise que justement, ce tiers, n'a pas sa place auprès d'une personne supposée indépendante ; l'autonomie apparaissant comme étant un « sous-concept » de l'indépendance.

Que penser alors à présent de l'ISP et de l'application de ses protocoles ? Le rapport à autrui (ou à ce « quelque chose » comme nous le précise la définition) s'effectue au travers de l'application de ceux-ci : nous nous rapprochons donc bien de ce concept ; la capacité de l'individu à se gérer, se gouverner par lui-même est-elle réellement présente dans le cadre de l'intervention d'un ISP ? Pour moi, cette autonomie est comme biaisée par ce rapport « non négociable » aux protocoles. Les choix, les décisions que l'infirmier a à prendre en intervention, s'effectuent, certes grâce au jugement, à son expertise clinique, mais aussi et surtout, grâce à la protocolisation qui lui impose de se plier à une conduite à tenir particulière.

Nous parlions tout à l'heure de marge de manœuvre dans ce qui fait l'autonomie professionnelle de l'IDE ; finalement, celle-ci apparaîtrait comme étant la frontière entre ce qui définit cette autonomie et cette indépendance.

Sémantiquement parlant, l'ISP serait donc amené, pour le moment, non pas à développer son autonomie, mais son indépendance. Cela suppose alors que dans une certaine mesure, les ISP sont dépendants des protocoles : autre concept que nous allons aborder tout de suite.

1.5.5 Le concept de dépendance

Nous n'allons uniquement nous intéresser ici qu'au point de vue anthropologique de ce concept ; point de vue me paraissant le plus approprié au regard de notre contexte.

Cette dépendance est perçue comme étant « *culturelle et associées aux institutions sociales* ». ⁴¹ Connotation socialement établie de manière plutôt péjorative (souvent reliée à un *état de régression ou de faiblesse*), la dépendance, pour Memmi, serait une « *relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ».

L'un de ses attributs précise que la dépendance « *nécessite l'aide d'autrui ou d'une substance* ». Nom que je rapprocherais, encore une fois dans notre contexte, aux PISU.

L'exercice de l'IDE, ici de l'ISP, implique donc toute une intrication entre ces trois concepts fondateurs que sont l'autonomie, l'indépendance et la dépendance.

Nous pouvons tout de même préciser que malgré les disparités existantes entre ceux-ci, qu'une personne peut être considérée comme autonome tout en n'étant pas forcément indépendante (l'exemple que nous pourrions citer dans notre cas, serait une dépendance au niveau des soins techniques).

⁴¹ FORMARIER M., JOVIC L., *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI édition - Mallet Conseil, Lyon, pps. 147 - 149

Nous le verrons plus tard, la question posée dans ce travail semble faire appel à des problématiques mettant en jeu des « conflits » entre différents intervenants de secours. Il est donc intéressant de se pencher sur l'aspect sociologique de ce contexte.

1.6 Le cadre sociologique : un point sur la sociologie des organisations⁴²

Le contexte actuel de l'aide médicale urgente en France (avec un nombre croissant d'interventions pour secours à personne et un nombre de praticiens médicaux en décroissance) impose aux organisations de s'adapter face à :

- La qualité des demandes de secours (à aujourd'hui ces interventions sont plus nombreuses et plus ou moins « justifiées » ; c'est-à-dire l'urgence serait un concept de moins en moins retrouvé, même si les interventions à caractère vital ou non mais nécessitant l'envoi d'une équipe spécialisée en sus de secouristes sont toujours présentes), les délais d'intervention (de plus en plus allongés en province pour une prise en charge médicale ou paramédicale) ;
- La flexibilité de l'appareil de production : temporalité (temps de travail : problématique actuelle des temps de repos imposés l'activité de volontariat), faire appel à d'autres personnels (les ISP vs SMUR préexistants) ;
- La réduction des coûts par rapport à la productivité : coût des SMUR > coût d'envoi d'un VLI (pour les interventions ne nécessitant pas la venue d'un médecin) par exemple.

Cette adaptation pose tout de même des limites, que nous approfondirons plus tard, mais que nous pouvons d'ores et déjà aborder :

- Forte prescription et division des tâches (mise en place des PISU), abondance et formalisation des règles;
- Dysfonctionnement interne (fonctionnement par catégorie, corporatisme, résistance aux changements avec l'apparition de ces VLI et plus généralement, apparition d'autres professionnels de l'urgence pré-hospitalière : les ISP) : les conflits naissant entre institutions de l'urgence.

Le cadre général théorique ayant été posé, il est à présent nécessaire d'apporter quelques précisions quant à la définition d'un protocole (qu'il est à distinguer de la procédure). En effet, notre travail s'appuie sur l'étude du SDIS 44 concernant le protocole « Antalgie » ; néanmoins celui-ci n'en est pas vraiment un au sens législatif du terme. La distinction pourrait paraître anodine, seulement, l'évolution de l'activité d'ISP est à mettre en parallèle avec l'évolution d'une procédure vers un protocole.

⁴² CASTELOT, A-S. – UE 1.1 S2 Psychologie, sociologie, anthropologie – *Sociologie des organisations* - Avril 2011

1.7 « Procédure » vs « Protocole »

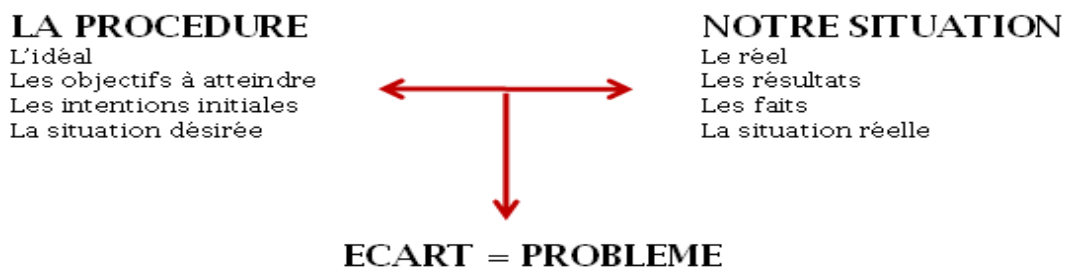
1.7.1 Qu'est-ce qu'une procédure ?

Selon PASCAL C.⁴³, « les procédures ne sont qu'une représentation souhaitée de l'action, des schémas de comportements qui requièrent une certaine interprétation dont la nature et l'intensité dépendent de la façon dont la règle est spécifiée.

Les procédures, mêmes les plus pointues, demeurent d'une certaine façon une réponse abstraite et générale à un problème en ce qu'elles ne tiennent pas compte des données du contexte dans lequel le problème se pose concrètement aux acteurs.

L'application d'une procédure suppose de compléter ce qui n'est pas spécifié par la règle par les données de la situation qui s'offrent à eux au moment de la décision et de l'action »

En voici un schéma résumant ces propos :



Avec cette première définition nous identifions dans un premier temps trois notions essentielles :

- Une procédure est une représentation théorique de manière d'agir ;
- Elle est indépendante de la situation et de l'acteur y intervenant ;
- La décision prise au moment de l'action doit tenir compte du contexte et donc venir compléter le logigramme de la procédure.

Le PISU n°12 « La douleur chez l'adulte » suit en partie ces trois notions ; en effet, l'évaluation de la douleur est tout de même présente dans l'arbre décisionnel, tout comme l'interrogatoire concernant les éventuelles allergies, ce qui montre une certaine dépendance au contexte. De plus, en ce qui concerne notre troisième point, nous nous trouvons entièrement dans la définition d'une procédure car la décision de l'injection de chlorhydrate de morphine (ou de naloxone) est conditionnée par le contexte interventionnel. Seulement, cette décision ne sera pas prise par l'ISP mais par un médecin : un MSP ou le médecin régulateur du SAMU.

Une définition référencée par la Norme ISO 9000 ; 2000 dans le cadre d'une démarche qualité, exprime le fait qu'une procédure est une « *manière spécifiée d'accomplir une activité* ».

Penchons-nous à présent sur le protocole. Une précision m'apparaît importante à souligner pour la suite : les protocoles sont à la base établis pour un contexte en hospitalier ; c'est le pré-hospitalier qui se les ait appropriés : il y a donc eu adaptation.

⁴³ PASCAL C., *Gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur*, Revue française de gestion, n°146, pps. 191 - 204. Christophe PASCAL est maître de conférences attaché à l'institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales.

1.7.2 Qu'est-ce qu'un protocole ?

Le protocole quant à lui est « *un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise* ». ⁴⁴

Il permet d'adapter les soins en fonction des besoins et de l'état de santé du malade.

Actuellement aucun texte général ne précise le contenu d'un protocole de soin, néanmoins nous pouvons nous baser sur les règles imposées quant au contenu du protocole en matière de traitement de la douleur énoncé par la circulaire 99-84 du 11 Février 1999.

Nous ne rentrerons pas dans l'explicitation de cette élaboration mais un point semble tout de même intéressant à souligner : un protocole peut inclure une fiche technique, sorte de descriptif méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'un soin. Le protocole ainsi établi peut « *annoncer explicitement qu'il peut être mis en œuvre à l'initiative d'un infirmier* » ⁴⁴. Cela suppose donc qu'un infirmier seul peut le mettre en œuvre sans présence d'un tiers.

Nous venons alors d'établir la différence qu'il existe avec la procédure.

Un protocole possède tout de même quelques limites. En effet, celui-ci doit évoluer avec les changements des données techniques et médicales, économiques et sociologiques. L'élaboration est non définitive et ré-ajustable. Le protocole ne s'applique pas à tous et son application doit permettre de poursuivre des soins personnalisés (adaptation au contexte).

Par ailleurs, un protocole doit respecter les compétences professionnelles de chacun : il doit respecter les textes législatifs et ne pas autoriser n'importe quel professionnel de santé à pratiquer n'importe quels actes.

Nous pouvons enfin préciser d'après ce que nous venons de voir, que les PISU ne sont pas véritablement des « protocoles » au sens strict, mais plutôt des fiches techniques s'y rapportant, permettant à ainsi à l'ISP d'agir selon un logigramme précis, sans informations superflues non nécessaires à sa prise en charge pré-hospitalière.

L'autonomie ou tout du moins l'indépendance dont doit pouvoir et savoir faire preuve l'ISP en intervention, est, nous l'avons vu, dépendante de facteurs humains (propre au développement « expérientiel » de l'individu, et revêt même une dimension de construction identitaire). Mais aussi environnementaux (cette adaptation constante imposée par l'exercice et cadrée par l'application de protocoles spécifiques, lesquels ne peuvent a contrario pas toujours s'adapter à la situation). Et enfin, sociologiques (présence de conflits internes entre institutions de médecine d'urgence, n'arrivant pas toujours à tomber d'accord sur les rôles et missions des acteurs du pré-hospitalier).

L'organisation de l'AMU reconnaît cependant une place prépondérante de l'ISP dans la prise en charge de victimes en extra-hospitalier ; de nouveaux protocoles apparaissent dans certains SDIS de France (apparition prochaine de l'amiodarone dans la prise en charge des ACR réfractaires aux chocs électriques externes pour le SDIS 44 par exemple), des congrès spécialisés organisés entre autre par l'ANISP se déroulent chaque année en faveur de l'activité ISP...Malgré tout ceci, aucune harmonisation nationale n'existe en terme de protocoles d'urgences pour un infirmier face à une situation d'urgence, laissant les départements s'appuyer « uniquement » sur des recommandations. Cela nous permettant de

⁴⁴ Ministère de la santé – *Guide du soin infirmier, protocole de soins infirmiers* – Bulletin Officiel 92-13 bis

nous interroger sur d'éventuels écarts (plus ou moins grands) de prise en charge sur le territoire français, mais aussi sur l'intéressement porté véritablement sur cette activité d'ISP. En effet, une harmonisation ne permettrait-elle déjà pas une reconnaissance de ceux-ci dans leur place occupée au sein de la chaîne des secours ?

Nous observons donc que certaines démarches sont effectuées à l'heure actuelle pour développer l'activité de l'ISP en terme d'autonomisation (formation, recherches, cadre législatif...). A côté de cela, sur le terrain, les pratiques avancent doucement : les ISP se retrouvent parfois confrontés à des situations où la solution est de se tourner vers un médecin afin de résoudre le « problème » (prescription orale de chlorhydrate de morphine par exemple ou bien encore la pose d'une voie veineuse périphérique en jugulaire externe si aucune autre voie n'est possible). Mais théoriquement parlant, le cadre législatif n'étant pas figé, celui-ci pourrait permettre aux ISP d'élargir leur champs de compétences (sous conditions bien évidemment de formations qualifiantes et de cadrage des responsabilités). D'ailleurs nous avons pu le voir, certains souhaiteraient que leurs pratiques avancent et leur autonomie avec.

Ces limites, justifiées ou non, sont-elles néanmoins raisonnables en terme de prise en soins de la victime (rapidité d'intervention, confort...) aux vues des compétences actuelles pouvant être acquises par un ISP ? Ces limites retrouvent-elles une origine auprès de l'ISP lui-même ou bien d'autres facteurs (en sus ou non) interviennent-ils ?

Nous n'allons pas tenter de trouver une réponse à cette question dans ce qui va suivre. Nous allons simplement essayer de comprendre les avancées actuelles faites en termes de développement de compétences ISP, vers où celles-ci vont venir à tendre dans les années futures ainsi que les limites que nous pourrions retrouver en terme de freins institutionnels, mais pas seulement.

Pour se faire, nous analyserons les travaux de recherches entrepris dans ce mémoire (entretien et questionnaires auprès d'un ISPP et de plusieurs ISPV), et nous ferons le parallèle entre la réalité du terrain et les analyses théoriques de documents récemment parus (de l'ordre de quelques mois à quelques années).

2. Le travail de recherches (approches théorico-pratique du terrain)

2.1 Matériel et méthodes

Mes recherches se sont déroulées en trois temps : il y a d'abord eu la phase théorique où il a fallu poser les fondations de notre sujet de manière globale, puis, à partir de cela, l'enquête de terrain a pu débuter.

La première phase fût de décider de l'élaboration d'un guide d'entretien en vue justement d'un entretien avec un ISPP.

Suite à celui-ci, j'ai pris le parti de construire des questionnaires à destination des ISPV de mon département.

Mes démarches ont grandement été facilitées par le fait que je partage, conjointement à mes études, une activité de SPV. En effet, connaissant en partie « le milieu », je n'ai pas eu de difficultés à me rapprocher des personnes ressources du SDIS afin de m'aiguiller, m'appuyer et participer à mes travaux.

Il a suffi d'un entretien avec Monsieur B. pour convenir d'un rendez-vous relativement rapidement afin de débuter ma première phase de recherche auprès des professionnels. Tout a pu s'enchaîner sans encombre par la suite.

2.1.1 Première phase : l'entretien

L'entretien fût donc réalisé au sein du Groupement Territorial de Nantes en présence de Monsieur B., ISSP de Groupement au grade d'Infirmier d'Encadrement, le Vendredi 1^{er} Février 2013.⁴⁵

Celui-ci, formel, d'une durée de 52 minutes fût soutenu sous un mode semi-directif. Il m'a permis de confronter mes recherches théoriques avec des réalités professionnelles.

Le but de cet entretien était également d'obtenir une vision globale de l'activité d'un ISP au sein d'un SDIS. L'ISPP étant le cadre (comme il en existe dans les structures hospitalières), je me suis permis de penser que ce dernier était la personne ressource à contacter de prime abord. En effet, pour moi il pourrait répondre à mes interrogations d'ordre organisationnel (place de l'ISP qu'il soit volontaire ou professionnel), d'ordre législatif (textes réglementant et encadrant l'activité) et enfin répondre à des interrogations sur l'aspect formation et suivi de l'ISP.

L'entretien m'ayant été bénéfique tant dans l'apport fondamental de connaissances générales sur l'activité d'ISP que sur ma problématique de départ (qui je le rappelle était : « Quelle(s) évolution(s) possible(s) dans la prise en charge en autonomie par les ISP en pré-hospitalier ? »), j'ai pu, après analyse de l'entretien (que nous retrouverons dans les pages suivantes) passer à la phase suivante de mon enquête : les questionnaires.

2.1.2 Deuxième phase : les questionnaires

Ceux-ci furent donc destinés aux ISPV du département de Loire-Atlantique. Sur 80 ISPV opérationnels, 19 ont répondu par mail à ce questionnaire et 3 par retour écrit (soit 27,5 %) de l'effectif total). Le choix d'avoir proposé une réponse par mail me paraissait plus facile

⁴⁵ Cf ANNEXE V – « Entretien du 1^{er} Février 2013 avec l'Infirmier d'Encadrement Monsieur B. ISPP au SDIS44 ».

autant pour le questionné que pour le chercheur ; en effet, les données peuvent être traitées et centralisées beaucoup plus rapidement, à l'heure où, la majorité utilise une messagerie *via* internet.

De plus, étant en stage à la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris durant 6 semaines entre le 4 Février 2013 et le 17 Mars 2013, il aurait été difficile pour moi de recueillir des questionnaires en version papier. Le fait d'en avoir tout de même eu un ne m'ayant pas perturbé dans mes recherches.

Encore une fois, j'ai eu l'opportunité de bénéficier de toute l'aide possible afin de diffuser mes questionnaires aux ISPV par le biais des ISPP du Groupement de Nantes.

Les questionnaires étant anonymes (*cf.* Annexe VI), cela laissait une part de liberté d'expression à la personne y répondant. Par ailleurs, il me paraissait plus intéressant de poser des questions courtes et à dominante « ouvertes » afin d'offrir une deuxième part de libre expression, me permettant ainsi d'obtenir un large panel d'opinions et réponses différentes. Charge à moi de les traiter par la suite et de les regrouper par thème : une même réponse sous-jacente, mais exprimée d'une manière différente peut recouvrir un intérêt dans l'exploitation des données.

Chaque question recherchant un point particulier, elles seront traitées de manière individuelle, voire croisée si l'intérêt en est retrouvé plus pertinent.

2.2 Difficultés et points à approfondir

La première limite rencontrée dans ce travail de recherche fût le nombre limité de réponse que j'ai pu recevoir. Ce nombre peu élevé ne m'a pas permis de traiter mes réponses sous forme de pourcentage (excepté pour les années d'expérience) : ce qui aurait pu me permettre d'avoir une crédibilité plus conséquente et d'asseoir mes conclusions sur une base plus solide et vraisemblable par rapport à la population étudiée.

La contrainte de temps entre le moment où mon entretien fût terminé (retranscription, analyse et construction du questionnaire) et la date limite à laquelle j'ai demandé aux sondés de me répondre a été importante. Cela n'a pas forcément permis aux ISP de répondre rapidement avec ce laps de temps court (22 jours : du 21 Février au 15 Mars 2013). En effet, le fait d'être volontaire signifie exercer l'activité d'ISP en plus de son activité professionnelle « principale », réduisant ainsi les temps personnels de disponibilité.

Par ailleurs, étant dans la mouvance actuelle des recherches sur le développement des compétences de l'ISP, je n'avais à ma disposition que très peu de documents théoriques ne me permettant pas de m'appuyer sur un cadre bien ordonné.

L'ISP est un acteur de l'urgence pré-hospitalière, son activité est depuis quelques années devenue de plus en plus importante, leur sollicitation de plus en plus marquée, jusqu'où cela peut-il évoluer ? Le souhaitent-ils ? Quelles en seraient les contraintes, les limites ? L'analyse des données recueillies va tenter d'approcher ces questions sans pour autant forcément y répondre formellement mais en donnant une piste de réflexion.

3. Résultats et analyses

Il va s'agir ici d'effectuer des liens entre ce que nous avons pu apprendre plus haut et ce que nous avons recueilli au cours de la démarche exploratrice. Le but étant à terme d'élaborer un questionnement supplémentaire plus précis, à partir de données concrètes (terrain et recherches théoriques actuelles sur le sujet).

Pour étayer ces dires, nous procéderons de la manière suivante : dans un premier temps, l'analyse de l'entretien sera retranscrite en partie (celui-ci ayant permis la construction des questionnaires, il n'est pas nécessaire de faire apparaître ici la totalité de l'analyse car elle n'apporterait pas de plus-value à ce travail).

Dans un deuxième temps, nous évoquerons les réponses de chaque question de notre questionnaire. Nous les analyserons ensuite, en lien avec notre problématique de départ, afin de mieux cerner cette dernière et d'en dégager les tenants et aboutissants.

3.1 Analyse de l'entretien

Il est tout d'abord à préciser que nous allons nous intéresser à cet entretien plus en tant qu'interview que véritable entretien. En effet, nous l'avons précisé, celui-ci n'a pas pour but d'obtenir des données directement analysables en vue d'interroger notre question de recherche.

Néanmoins, comme établis lors de notre guide d'entretien, nous pouvons retrouver les trois thèmes attendus dans les réponses de Monsieur B. : un premier thème ayant attiré à la législation, lequel nous apporte un questionnement intéressant et supplémentaire par rapport aux recommandations de la SFMU et dont nous parlions plus haut ; quelle valeur leur accorder étant donné les désaccords entre SAMU et ARS n'ayant pas permis la mise en place de protocoles nationaux ? Nous en resterons là et laisserons la réflexion à nos lecteurs afin d'éviter toute prise de position non justifiée dans notre mémoire.

Nous retrouvons également une partie portant sur l'organisation du travail. Nous apprenons que les moyens mis à disposition en faveur des SSSM et plus spécifiquement des VLI, sont non seulement départements-dépendant mais également DDSIS et médecins chefs-dépendant. Tout est fonction de ses priorisations en termes de moyens opérationnels à mettre en œuvre au sein de son service (incendie, secours à personne, service de santé...). Une question que nous pourrions alors nous poser est la suivante : les DDSIS ont-ils des orientations de leur hiérarchie (DGSCGC) concernant la mise en place et l'organisation des ISP au sein de leur SDIS ? Encore une fois, la question est trop complexe, et la portée limitée de mon exercice ne permet pas d'y répondre de quelque manière que ce soit.

Enfin, le thème de la formation a également pu être abordé. Il est à préciser que concernant le SDIS 44, les cas concrets présentés aux ISP sont centrés sur la méthode anglo-saxonne du PHTLS : ABCDEF (Airway, Breath, Circulation, Disability, Exposure), afin d'avoir « *un bon schéma de prise en charge* ». N'est-ce pas là un signe précurseur d'une possible avancée ou tout du moins d'une évolution dans nos prises en charges pré-hospitalières ? Reste tout de même à déterminer les adaptations possibles ou non entre ces différents modes de prise en charge ; cela vis-à-vis des professionnels intervenant dans l'AMU et les structures de santé accueillant les patients pris en charge (j'entends par là, la présence de « *Traumas Center* » outre-Atlantique, mais nous y reviendrons tout à l'heure.

Cet entretien m'ayant servi de base à la suite de mes recherches, intéressons-nous plus en détail à l'analyse des questionnaires qui va suivre.

3.2 Analyse des questionnaires

Ces questionnaires ont donc été distribués par mail *via* Monsieur B., à l'ensemble des ISPV de Loire-Atlantique. Une date limite leur était imposée (le 15 Mars 2013), afin de me permettre de disposer d'un temps raisonnable pour l'analyse de leurs réponses.

Le questionnaire envoyé comprend principalement des questions dites ouvertes ; la démarche d'analyse s'appuiera donc, pour certaines des questions, sur des outils statistiques particuliers, à savoir des diagrammes.

Nous recueillerons donc dans un premier temps les résultats des différentes questions, puis nous tenterons de les analyser de manière méthodique afin de venir étayer ou non nos hypothèses de recherche.

Ne pouvant être exhaustif avec un échantillon de cette nature (nombre peu élevé de répondants), l'analyse quantitative simple nous permettra uniquement d'obtenir un ordre d'idée sur la population totale étudiée.

Recueil de données et analyse

- **Statut et Expérience :**

1.1 Depuis combien de temps êtes-vous ISPV ?

Patricia BENNER, formatrice en soins infirmiers à l'Université de San Francisco, décrivait en 1995 4 niveaux de compétences de l'infirmier pour juger de son expertise clinique, en fonction de son nombre d'années d'exercices. C'est sur ces principes que nous nous basons pour analyser cette première question.

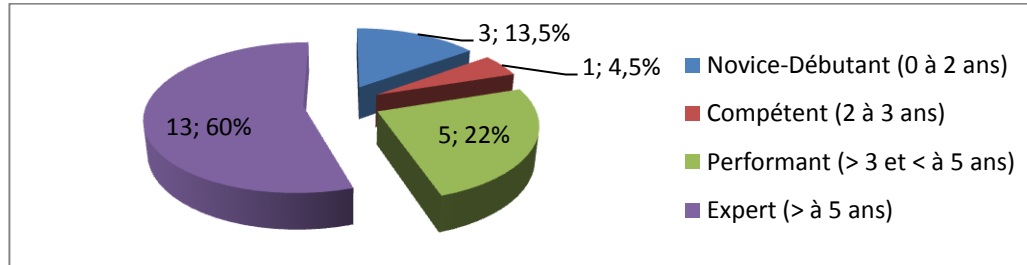


Figure 1 Niveau de compétence des ISP en fonction de leur nombre d'années d'exercice

Nous pouvons observer que plus de la moitié (55%) des ISPV interrogés possèdent un niveau de compétence élevé (« Expert » - la moyenne d'âge d'exercice de notre échantillon est de 6,6 ans). Cela implique alors une approche de l'intervention au niveau de l'autonomie de l'infirmier, plus pragmatique. Ce niveau lui permet d'être plus « à l'aise » et d'être en capacité de raisonner et de décider plus facilement/rapidement.

1.2 Etiez-vous SP auparavant ? Si oui, depuis combien de temps ? / Etes-vous formateur PISU ?

N'ayant que peu de réponses positives à cette question, et m'étant rendu-compte que le fait d'être formateur PISU n'était pas possible au sein du SDIS 44 pour les ISPV, j'ai tout simplement décidé de ne pas analyser ces questions. De plus, les réponses ne me permettent pas de faire avancer ma problématique de départ.

1.3 Pourquoi vous êtes-vous engagés chez les SP en plus de votre activité professionnelle ?

La totalité des ISP (soit 22) ont répondu à cette question.

Une précision est à apporter avant d'aller plus loin : chaque ISP a pu exprimer une ou plusieurs raisons le poussant à intégrer le corps des SP.

Par un souci d'analyse plus pertinente, j'ai décidé de regrouper les réponses et d'en définir 4 thèmes récurrents :

- **Diversification des pratiques en lien avec le milieu SP (médecine du travail et opérationnel) :**

20 réponses en ce sens ont pu être recensées. Les ISP expriment le fait de découvrir un milieu différent à celui de l'hôpital, leur permettant d'exercer leur activité d'une autre manière, d'apprendre de nouvelles choses. L'envie de tout simplement devenir pompier sans pour autant aller au feu en est une raison de plus.

- **Participation à l'AMU (en extra-hospitalier car difficile en milieu hospitalier) :**

Ici, 7 ISP ont évoqués cette raison. Pour eux, le pré-hospitalier est une manière d'aborder l'urgence par un autre versant et ainsi percevoir les tenants et aboutissants de son organisation dans le système de secours.

- **Valorisation de l'autonomie :**

Pour 5 ISP, l'autonomie est véritablement un point important de leur engagement. Etre « *sans médecin* » représenterai une liberté d'exercice par rapport à l'hospitalier. La protocolisation leur amenant cette autonomie est un plus qu'ils trouvent « *intéressant* » dans leur pratique.

On note tout de même que ce n'est pas la raison principale par rapport à ce à quoi nous aurions pu nous attendre (*cf.* Conclusion de l'étude du SDIS44 sur l'antalgie extra-hospitalière).

- **Epanouissement personnel :**

C'est ainsi que 4 ISP justifient leur engagement dans le monde des sapeurs-pompiers. L'activité d'ISP permettrait de venir compléter un éventuel manque d'épanouissement dans leur activité hospitalière (ou autre).

Tout ceci montre que ce n'est pas tant l'autonomie qui est recherchée par l'ISP mais plutôt le « cadre » d'exercice qui leur importe et ce pourquoi ils se sont engagés. Néanmoins, dans la diversification des pratiques, ne serait-il pas possible de penser que l'on y inclu cette protocolisation ? La question mériterait d'être formulée auprès des ISP, mais l'échéance de ce travail approchant, nous ne pourrions nous y atteler.

L'activité d'ISP semblerait être un moyen de « casser » la routine qu'ils pourraient éprouver dans leur exercice professionnel. Ils viennent chercher « quelque chose » qu'ils n'ont pas ailleurs.

- **La protocolisation et vous :**

2.1 Comment, sur intervention, jugez-vous de la nécessité de la mise en œuvre d'un protocole ?

Encore une fois, l'analyse sera relativement rapide. En effet, la totalité des infirmiers s'appuient sur les critères d'inclusion ou d'exclusion décrits par le logigramme des PISU. La corrélation est également faite avec l'état clinique présenté par le patient (bilan paramédical) : l'ISP n'effectue pas de gestes, ni ne prend de décision par « *automatisme* ». L'évaluation du

rapport bénéfices/risques pour le patient est également un critère de décision. Nous retrouvons donc ici une part de l'autonomie exercée par l'ISP : malgré la présence d'un logigramme décisionnel, celui-ci se base également sur son jugement, son expertise clinique, afin de prendre, ce qui pour lui, est la meilleure solution. Nous en venons également par ce biais, à un autre point : le fait que l'expérience est pour eux un élément important dans ce jugement.

La question n'étant pas précise (axe non donné à la place de l'autonomie), elle ne m'apprend pas grand-chose sur le questionnement soulevé par mon objet de recherche. Son exploitation en demeure donc limitée.

2.2 Les protocoles établis au sein du SDIS 44 vous paraissent-ils adaptés en regard de votre formation (FIA et formations continues) et au terrain/contexte d'intervention ? Si non, pourquoi ?

La majeure partie des ISP (11 ISP) semblent satisfaits des PISU qu'ils utilisent en intervention au sein du SDIS 44. La précision des logigrammes les aide à « *ne pas faire d'erreur* ». De plus, la récurrence de certains protocoles faciliterait leur application et de surcroît le fait qu'ils soient adaptés. Mais à l'inverse, certains protocoles ne sont jamais utilisés en intervention (dyspnée de l'enfant, choc allergique, convulsion chez l'enfant...) car la situation ne s'en est pas trouvée présente. Cela limitant l'analyse complète de cette question. S'orienter d'avantage sur les PISU utilisés afin d'autonomiser les ISP un peu plus serait-il une piste envisageable et raisonnable ?

Par ailleurs, les personnes y trouvant des améliorations (9 ISP) ou bien n'en étant pas satisfaits (2 ISP) l'expriment en formulant diverses pistes d'actions. Cela démontrant un intérêt de développement de leur autonomie aux vues de leur expertise acquise en formation initiale, continue et tout simplement par l'expérience. Tout d'abord, il semblerait intéressant par exemple de pouvoir, dans le cas d'un patient diabétique conscient en hypoglycémie, de pouvoir lui administrer du G30 en per os. Un ISP trouve les PISU « *trop restrictifs* », il souligne que la formation devrait être plus « *approfondie et plus importante* ». Un autre aborde le fait que ces formations sont « *indispensables* » pour conserver les acquis. Le PISU n°12 (douleur) rencontre quant à lui quelques « *griefs* » de la part de certains ISP. En effet, la prescription téléphonique avant l'utilisation de chlorhydrate de morphine n'est pas en accord avec une durée de prise en charge de la douleur convenable pour le patient. Ils souhaiteraient donc s'en passer. Néanmoins, l'un des infirmiers précise que ce protocole n'est pas adapté au contexte étant donné la subjectivité de la perception de la douleur chez un patient (diffère selon les personnes) ; le logigramme ne se basant que sur des données chiffrées.

Globalement, les ISP expriment une demande de formations afin d'acquérir des connaissances et compétences supplémentaires (non apportées par la pratique professionnelle que ce soit en intervention ou dans leur activité en dehors des SP) ; cela dans un but de prise en charge adaptée auprès des patients mais également dans une démarche d'autonomie grandissante.

2.3 Rencontrez-vous des limites quant à l'application ou non d'un protocole sur intervention ? Si oui, quelles sont-elles ?

La majorité de notre échantillon (16 ISP) retrouve des limites quant à l'application d'un protocole sur intervention. Parmi celles-ci, la méconnaissance des PISU par certains médecins régulateurs du SAMU/SOS Médecins ainsi que l'attente de prescriptions téléphonique pour certaines thérapeutiques (notamment pour l'antalgie), sont les plus souvent citées. Cela pourrait poser la question d'un éventuel « *problème de confiance* » de ces médecins vis-à-vis des ISP mais également de l'information (dans le cadre du partenariat) des SDIS envers les SAMU concernant ces protocoles (a priori non suffisante à l'heure actuelle).

Ils oseraient moins déléguer/prescrire certaines choses à des infirmiers dont ils ne connaîtraient pas le référentiel de formation et de compétences dans ce domaine. De plus, l'attente dont nous parlions entrainerait pour ces infirmiers une « *une perte de temps* » sur intervention en défaveur de la victime. Nous retrouvons donc ici la question de la dépendance/indépendance et *a fortiori* de l'autonomie, des ISP par rapport à l'autorité médicale. L'aspect sociologique du contexte y est retrouvé par ce que l'on pourrait percevoir dans ces propos comme étant une certaine résistance aux changements : nouveautés des VLI vs ancienneté des UMH, « pourquoi un nouveau moyens de secours alors qu'il en existe déjà un qui fonctionne ? ».

D'autres limites ont été relevées par les professionnels. L'expérience du terrain révèle que pour plusieurs d'entre eux, l'utilisation de chlorhydrate de morphine n'est pas tout le temps efficace dans la prise en charge de certaines douleurs. La présence de protocoles utilisant des opiacés plus puissant (Fentanyl®, Sufentanyl®...) serait-il alors envisageable pour les ISP ? Le souhaiteraient-ils eux-mêmes ? C'est que nous verrons plus tard dans notre questionnaire.

Le consentement du patient ainsi que les contraintes techniques (difficultés à perfuser certaines personnes par exemple) et environnementales (contexte même du pré-hospitalier : conditions parfois extrêmes) sont des limites également citées par les infirmiers.

2.4 *Voyez-vous une/des différences entre une « procédure » et un « protocole » ? Si oui, la/lesquelles ?*

Cette question ne sera volontairement pas traitée étant donné sa « non-pertinence » en regard de la problématique posée. La totalité des interrogés répond positivement à la question, mais comme nous le verrons dans les difficultés rencontrées, la formulation de celle-ci aurait pu me permettre une approche différente et ainsi faire progresser mon questionnement.

2.5 *L'actuel « protocole » antalgie mis en place pour le VLI44 pourrait être revu sur souhait des ISP (cf étude de 2012 au sein du SDIS 44 : « Etude rétrospective de l'antalgie extra hospitalière protocolisée appliquée par des infirmiers de sapeurs pompiers »). Quelle est votre opinion sur ce point ?*

Il en va de même pour cette question : globalement, les infirmiers décrivent la limite rencontrée avec la prescription téléphonique qu'ils jugent trop longue et inutile, comme précisé dans la question 2.3. La légitimité de la question ne s'opère donc plus. En revanche pour les personnes ne trouvant pas à redire sur l'application de cette « procédure », celles-ci expriment le fait que la régulation médicale est un plus dans la prise en charge du patient. Il est assimilé à un « *garde fou* ». Nous percevons donc une volonté d'autonomisation d'un côté et de l'autre, une prise de conscience de leur part que « protocoler » pour « protocoler » n'est pas une fin en soit : il y a des limites au niveau des compétences infirmières ne permettant pas la construction de protocoles pour tout et imposant une « présence » médicale. Il y a donc une réelle volonté de coopération entre ISP et médecins du SAMU (et autres).

2.6 *Selon vous, d'autres protocoles en sus de ceux existants, pourraient-ils être envisagés ? Si oui, lequel/lesquels et pourquoi ?*

Pour 8 ISP, les « *principaux motifs d'appels et notions d'urgences relatives ou absolues sont relativement bien balayés par les protocoles existants* » et ne voient donc d'intérêts particuliers à en mettre d'autres en place. Beaucoup existent déjà, s'il venait à y en

avoir d'autres, ils craindraient une perte de qualité dans la prise en charge due à cette accumulation de protocoles : des remaniements sont en cours pour certains, « *chaque chose en son temps* ».

A l'inverse, pour 12 d'entre eux, il serait intéressant, en plus de créer des protocoles supplémentaires, d'élever certaines procédures actuelles au rang de protocoles. Parmi ceux-ci, il est cité : les procédures hypoglycémie, arrêt cardio-respiratoire (celui-ci est d'ailleurs en train d'être revu actuellement au sein du SDIS 44), détresse respiratoire, hémorragies, états de chocs et brûlures. Cette volonté de développement des pratiques avancées se confirme donc encore une fois ici, confirmant leur souhait d'acquisition de connaissances et de compétences supplémentaires ; ceci pouvant se concrétiser par une autonomie sur intervention de plus en plus importante.

En ce qui concerne le développement de nouveaux protocoles, il est relevé différentes idées, concernant notamment la prise en charge de la douleur. En effet, certains souhaiteraient voir la mise en place de thérapeutique plus « *puissante* » que l'actuelle Morphine® telle que : le Fentanyl® en intra nasal, la Kétamine® et le Kalinox® (=Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote). La mise en place de perfusion intra-osseuse ou bien encore de cathéter en jugulaire externe dans le cas d'une pose de voie veineuse périphérique impossible leur paraîtrait d'être d'un confort non négligeable. Il est également évoqué la possibilité d'une intubation par laryngoscopie ou *via* le Combitube® dans le cadre des arrêts cardio-respiratoires. Et enfin, un ISP évoque son souhait de protocole de sédation pour les patients agités et un autre l'utilisation d'anti-émétiques sur intervention : Droleptan® par exemple.

Voici donc des axes d'améliorations proposés par les ISP eux-mêmes dans leur prise en charge en autonomie.

2.7 *Que pensez-vous du développement des compétences (« pratiques avancées ») IDE dans votre activité pré-hospitalière ? Expliquez.*

A cette question, un ISP n'y a pas répondu ; tous les autres ayant donné des arguments en faveur de ces pratiques et d'autres prenant une certaine distance (méfiance ?) par rapport à leur mise en place : il y aurait pour eux des conditions.

Les arguments étant plutôt en faveur se caractérisent par le fait que cela permette de mieux appréhender les situations rencontrées en intervention. Cela signifierait une volonté de leur part, presque une nécessité de leur pratique que d'évoluer dans cette direction. D'autres voient cela comme une évolution des pratiques professionnelles (logique et normal ?) avec pour mise en avant, une acquisition supplémentaire de connaissances et donc un développement des compétences.

A l'inverse certains ISP expriment quelques risques, dérives quant à ces pratiques avancées. Nous pouvons retrouver le risque de spécialisation qui y est évoqué (manque de diversité) corrélé à une augmentation du travail à fournir, se traduisant par une augmentation du temps de formation. Voici l'une des limites du volontariat : le temps des volontaires n'est pas extensible et leurs employeurs ne peuvent institutionnellement parlant pas les libérer de plus en plus chaque jour. En découle un risque de dispersion au niveau l'activité de l'ISP par élargissement des compétences : il est relevé le fait de ne pouvoir « *être bon partout* ». De plus, la question de la reconnaissance est également évoquée. Pour certains, le développement des pratiques est intéressant mais ils ne sont pas sûrs d'être reconnus (de manière financière ? par l'obtention de diplômes ?). Une crainte, une peur est exprimée par un ISP sur le fait d'acquérir de nouvelles connaissances/compétences.

Nous voyons donc que globalement mon hypothèse de départ est confirmée, un ISP parle même de cette évolution comme étant « *l'avenir* ». Cependant, les infirmiers restent méfiants quand à cette mise en place en évoquant d'éventuelles dérives et problématiques.

- **Evolution de l'activité**

3.1 *Des formations supplémentaires vous paraîtraient-elles intéressantes et justifiées dans votre exercice ? Lesquelles ? Pourquoi ?*

Cela dépendrait de l'expérience de chacun. En effet, difficile de comparer un IDE travaillant dans un service d'urgences/réanimation ou bien un IADE avec un IDE travaillant en gériatrie. 17 ISP sont favorables à des formations supplémentaires.

Deux des formations citées par la majorité des interrogés sont le PHTLS ainsi que les journées de SIMURGe (Simulations d'Urgences). Ces dernières permettent « *la mise en œuvre des protocoles et des techniques de l'aide médicale urgente par immersion dans un monde virtuel reproduisant de façon réaliste (et dans un environnement totalement recréé) les multiples contraintes rencontrées sur le terrain. Il autorise ainsi, dans un temps très court, l'accumulation d'une expérience qu'il faudrait plusieurs années à acquérir, notamment grâce à la possibilité de simuler des événements rares* ». ⁴⁶ Les DIU de santé publique et d'urgences sont également cités comme étant des formations intéressantes permettant l'approfondissement de l'activité d'ISP. Par ailleurs, un ISP évoque le besoin de formation autour de la psychologie dans la prise en charge d'une victime suicidante (y aurait-il un manque de ce côté dans leur formation initiale ?). Le besoin de retours d'expériences autour d'interventions marquantes ou sortant de l'ordinaire, est exprimé afin de s'en nourrir comme source de savoirs et d'améliorations de pratiques. Une formation à la lecture des ECG ainsi qu'une « *vulgarisation de l'auscultation par stéthoscope* » serait pourquoi pas envisageable pour l'un des infirmiers.

Ces formations leur sembleraient « *fondamentales* » dans leur prise en charge afin d'anticiper leurs réactions dans des situations inhabituelles, s'habituer aux protocoles...

L'évolution est donc possible, les moyens existent, les envies sont présentes, qu'est-ce qui pourrait venir freiner tout ceci ? C'est ce que nous allons voir tout de suite.

3.2 *Selon vous, quels pourraient être les freins au développement de pratiques avancées pour l'ISP ?*

Le principe même du volontariat (contrainte de temps pour les formations, peu de gardes à prendre et homogénéité des personnels) représente l'un de ces freins pour plusieurs d'entre eux.

Nous retrouvons ensuite, pour 21 ISP, des relations conflictuelles avec le SAMU (et plus généralement des médecins) venant altérer la prise en charge par ces infirmiers sur intervention. Il s'agirait de limites provenant de la régulation même au niveau du déclenchement mais aussi au niveau des prescriptions téléphoniques que les médecins auraient parfois du mal à effectuer (non compréhension du rôle de l'ISP par eux : ils les verraient comme de futurs « *concurrents* »). Il est aussi question pour certains des politiques ; mais il n'est pas précisé de quel ordre seraient ces limites. Cependant, associé à eux, le manque de budget alloué à la formation des ISP serait une limite retrouvée.

⁴⁶ <http://www.ensosp.fr/SP/pages-ENSOSP/formations/le-simurge>

Il est également retrouvé le « *manque de corporatisme, de publications* » venant limiter ce développement. Cela signifierait-il qu'afin de pouvoir « prétendre » à une reconnaissance, à une évolution, les ISP devraient s'investir d'avantage dans la recherche dans le domaine du pré-hospitalier et se « regrouper » à l'instar de l'actuel Ordre National des Infirmiers ?

- **Suggestions**

4.1 Avez-vous des remarques ou informations complémentaires à ajouter ?

Tous les ISP me souhaitent bon courage dans la poursuite de ce travail et dans la réussite au DE.

Un ISP signale cependant que l'activité d'ISP est département-dépendant ; en résulte une « *inégalité au niveau national* ». Cette évolution dépendrait donc du travail du médecin-chef et du directeur départemental du SDIS correspondant et donc pas seulement de l'autorité médicale.

L'analyse des réponses à ce questionnaire me permet à présent d'en dégager diverses limites et axes d'améliorations.

Ma question de départ s'intéresse particulièrement à l'autonomie de l'ISP ; des questions plus ciblées sur celle-ci (et son évolution actuelle) auraient été pertinentes afin de réellement me permettre d'étayer mes recherches de manière concrète. Pour exemple, nous aurions pu interroger ces personnes sur ces diverses questions : Vous sentez-vous autonome dans vos PEC ? Dans quelle mesure ? Souhaiteriez-vous plus d'autonomie ? Dans quels cas ? Que recherchez-vous dans le développement de l'autonomie de l'ISP ?...

Par ailleurs, il aurait sans doute été intéressant d'interroger les ISP sur leur secteur d'activité professionnelle (nous trouvant dans un système de volontariat) afin de comparer les autres réponses suivant ceux-ci. J'entends par là (cela est une supposition de ma part) que le ressenti du développement des compétences de l'ISP *via* les pratiques avancées ou autre, est différent en fonction qu'un IDE travail en service d'urgences ou bien en psychiatrie. De plus, un complément à la question 1.2 sur le fait d'avoir été SP auparavant aurait également pu être amené ; son analyse m'aurait aidé à comprendre, tout du moins savoir si cette expérience leur avait apporté quelque chose en termes de connaissances, de confort de prise en charge...

Enfin, il aurait été plus pertinent d'interroger les ISP, à la question 2.4, sur le fait de savoir s'ils utilisaient des procédures, des protocoles ou bien les deux en intervention ; cela aurait véritablement permis d'orienter les questions sur la différence qu'il existe entre ces deux termes, au lieu de les questionner sur une définition personnelle de leur part. En effet, orientée de cette manière, les réponses ne me permettent pas une analyse en lien avec mon questionnement initial. Cela ne m'a pas apporté d'informations concrètes de déterminer si oui ou non, les ISP pouvaient distinguer une différence entre ces deux termes.

4. Discussion

L'analyse des données théoriques et du ressenti des professionnels de terrain nous a permis de mettre en évidence des questionnements, des points à améliorer et des difficultés rencontrés émanant des infirmiers.

Il serait à présent intéressant de nous pencher sur des éléments passés et présents nous permettant d'entrevoir ce que pourrait être l'avenir des ISP. Eléments recueillis postérieurement à mon enquête de terrain.

Passé, présent, futur

Dès les années 60, les Etats-Unis et le Canada ont mis en place ce que l'on appelle « le transfert de compétences » de médecins vers infirmier(ère)s. Cela dans un contexte de rationalisation du système de soins (la baisse de la démographie médicale et la saturation des médecins généralistes faisant). Ainsi sont apparues les infirmières cliniciennes et les infirmières praticiennes (« *nurse practitioners* ») disposant d'un champ de compétences élargis leur permettant la réalisation d'actes réservés, à la base, à du personnel médical.

De plus, en 2003, le SAMU 83 a testé l'envoi, sur certaines missions SMUR, d'un moyen paramédicalisé (IADE ou IDE) suite au problème rencontré par la structure à assurer l'armement médical de ses véhicules. Il ne ressort aucun élément négatif (sur le plan technico-judiciaires) de cette expérience. Plusieurs points ont pu être déterminés à la suite de cette « étude » :

- Paramédicaliser ne consiste pas à remplacer des médecins par des IADE mais à faire assurer des actes strictement infirmiers sous contrôle médical ;
- La paramédicalisation ne peut concerner que les SMUR disposant de plusieurs équipes puisqu'il faut au minimum disposer d'un médecin pour assurer les urgences vitales ;
- La paramédicalisation ne peut se concevoir sans une régulation forte.

Nous observons donc ici les prémices à l'évolution de l'exercice de la profession d'infirmier. Le cadre même (légal et « éthique » vis-à-vis des médecins) est déjà posé : l'infirmier n'est pas médecin (ce dernier garde toujours un œil sur la pratique infirmière et exerce son pouvoir de décision quand il le faut) et nous allons tout de suite le voir, la formation (initiale et continue) serait l'une des prérogatives à ce transfert.

Dans son rapport de 2003⁴⁷ et d'où sont tirées les informations ci-dessus, le Professeur BERLAND, médecin, établit que déjà à l'époque, il y a une réelle nécessité à la mise en perspective du transfert de compétences. Je reprendrai ses propos pour appuyer mes dires : « *[le transfert de compétences] permettra de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux.*

Il est possible d'identifier quelques transferts nécessaires ou souhaités, de les mettre en perspective selon des principes et règles bien définis, de les expérimenter en les évaluant avant de les valider, de prévoir la mise en place des formations nécessaires à l'exercice plein et entier des nouvelles compétences et à la création de nouveaux métiers ».

⁴⁷ BERLAND Y. - *Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences* - Rapport « Transfert de Compétences » - Octobre 2003 – pps. 8 - 23

Précurseur dans cette mouvance actuelle qu'est le développement de la pratique infirmière (intégration de la formation IDE au système universitaire, accès aux masters et aux doctorats...), le Professeur BERLAND a ouvert la voie à ce transfert de compétences. Dans ce rapport, nul n'y est fait mention de l'infirmier Sapeur-Pompier. Néanmoins c'est bien dans cette logique que nous nous trouvons : les PISU des ISP en est la traduction à un moindre degré actuellement.

L'ANISP a ainsi récemment proposée (fin Janvier 2013) un projet de mise en cohérence des grades/missions/formations des ISPV⁴⁸. Adressé au Préfet Président Directeur Général de la DGSCGC, ce document présente divers axes d'attentes des ISPV concernant leur formation et l'évolution de leur carrière au sein des SDIS. Nous retrouvons, entre autre, un axe qu'il serait intéressant de corréler avec notre sujet d'étude ; il s'agit de l'axe n°4 : « *Créer des profils de spécialisation des activités pour un véritable développement des compétences acquises et attendues au sein des SDIS et surtout permettre leurs transpositions dans la vie professionnelle des agents. Cette passerelle réciproque emploi/engagement doit s'envisager par une intégration universitaire du niveau Master des formations de perfectionnement des infirmiers de sapeurs-pompiers reçues notamment au sein de l'ENSOSP et d'universités partenaires. Cette réforme permettra à moyen terme d'accompagner le développement des protocoles de coopération entre professionnels de santé (article 51 de la loi HPST) au sein des SSSM ou la création souhaitée de professions intermédiaires* ».

Les tableaux de synthèse schématisant la mise en cohérence de ces propositions se trouvent en Annexe VII ; si nous nous concentrons sur la partie « Opérationnelle » de l'ISP, nous pouvons voir de manière générale qu'une reconnaissance par le biais de formations reconnues et certificatives seraient envisagées au niveau de leur activité. Cela pose donc la question de cette autonomie dont nous parlons depuis quelques pages déjà ; cette reconnaissance, ces formations, participeraient-elles à son développement ? Nous rapprocherions-nous pas d'une professionnalisation des ISPV au même titre que les infirmières cliniciennes/praticiennes outre-Atlantique ? Nous parlons déjà « d'infirmiers de pratiques avancées » ayant suivis un Master 2 à l'université.

Il est également question de l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire⁴⁹ en amont d'une formation permettant aux ISP d'acquérir un Master en Soins d'Urgence. Cet article permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS. Restera alors à cette dernière de vérifier que ces protocoles apportent une garantie de qualité et sécurité des soins aux patients. Sur la base de cette avis, l'ARS autorise ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles. Actuellement, concernant les ISP, certains dossiers sont à l'étude pour de nouveaux protocoles, tels que : dispositifs intra-osseux, échographie cardiaque, protection des voies aériennes supérieures (intubation) et cathétérisme artériel.

Cette loi du 21 Juillet 2009 (en continuité du rapport Berland en son temps) offre donc la possibilité aux régions de permettre aux infirmiers (entre autre) d'exercer en usant d'actes, à la base, médicaux. Cela élargissant leur champ de compétence, et à terme augmentant leur degré d'autonomie. La question qui reste en suspend est la suivante : ce projet est-il réalisable

⁴⁸ ANISP - *Propositions Cohérence Grades/Formations/Missions ISPV – 2012 – cf. Annexe VI*

⁴⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi

à l'échelle des ISP ? Et si oui, les différentes ARS suivraient-elles cette proposition ? Quelles en seraient les limites ? L'ensemble de ces propositions n'étant encore qu'au stade de propositions, la question reste sans éclaircissement jusqu'à une réponse des autorités compétentes.

Un argument allant en faveur du développement de la mise en place des VLI et de leur développement au sein des départements (compétence et autonomie des ISP) serait le manque actuel de moyens pour continuer à financer le système de santé. Par ailleurs, au même titre que certains établissements de santé, les ISP (avec l'ANISP en chef de file) se trouvent dans l'évaluation des pratiques professionnelles afin d'améliorer leurs actions et leurs activités en les évaluant.

Nous sommes donc non seulement dans une évolution de l'autonomisation des pratiques de l'ISP, mais plus généralement dans le développement de l'exercice d'ISP au sein de l'AMU. Les 18 idées fortes pour maîtriser les enjeux [du secours à personne] développées par la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France vont également dans ce sens en intégrant les ISP dans la prise en charge complémentaire aux actes secouristes. Cela rentrant dans les recommandations de Monsieur François Hollande, Président de la République, précisant une « *garantis pour tous et partout d'un accès aux soins d'urgence dans un délai maximal de 30 minutes* ».

Limites envisageables

Je souhaiterais à présent revenir quelques instants sur l'application des PISU ; en effet, lors de l'administration d'un produit médicamenteux, la nécessité du consentement du patient est primordiale. Or, cela relève juridiquement de la compétence médicale. Il serait tout à fait juste d'évoquer le contexte de l'urgence, auquel cas ce consentement peut ne pas être recueillis. Néanmoins, l'urgence relevée dans les interventions du VLI pourrait être discutable. La grande majorité des interventions concernant une prise en charge de la douleur. Afin de développer l'autonomie de l'ISP ne serait-il donc pas également intéressant de protocoliser le devoir d'information imposée par la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du patient ?

Par ailleurs, il n'existe, juridiquement parlant, aucun frein au développement des compétences de l'IDE. Il « suffirait » de réformer les décrets d'actes. Seulement nous l'avons vu quelques limites existent. Il n'est pas question de jugement dans ce qui va suivre, seulement de rapporter les opinions de chacun.

Ainsi, SAMU de France, lors des 1ères assises de l'urgence de Septembre dernier⁵⁰, dans ses recommandations au niveau de l'organisation de l'offre sur le territoire, précise que pour les « *personnes résidant dans les territoires isolés et ayant à faire face à une urgence, toute solution dégradée telles que « soins non médicaux » [le VLI par exemple] ou « soins médicaux non spécialisés » est à exclure* ». Le VLI est-il véritablement à considérer comme étant un moyen « dégradé » de réponse à l'urgence ou bien un moyen agissant en complémentarité ? Il est d'ailleurs précisé plus loin que « *l'intervention d'un « échelon infirmier sapeurs-pompiers » [ne doit pas] induire un retard [dans] la prise en charge médicale par une structure d'urgence, dont c'est la mission* ». Pour eux la notion de réponse graduée serait plutôt à considérer comme étant une *réponse dégradée* car non éthique vis-à-vis d'une population qui serait défavorisée par une prise en charge infirmière. Sur quel(s) support(s) ce basent-ils pour établir cela : le référentiel commun de compétences infirmières

⁵⁰ SAMU-URGENCES de France – *Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?* – Les 1ères Assises de l'Urgence – 13 Septembre 2012 – pps. 3 - 12.

seulement ou bien ont-ils une appréhension, aux vues des différents articles de lois récents (concernant le développement de pratiques avancées) quant au fait que les infirmiers seraient amenés à « prendre leur place » ?

Par ailleurs, cette crainte de réponse « dégradée » est-elle justifiée ? Là encore, la question reste épineuse et sans véritable moyen de réponse. A ma connaissance, aucune étude ne vient confirmer ou infirmer cette information. Il serait sans doute intéressant de s'y pencher afin de peser le pour et le contre, en vue d'établir clairement le champ de compétences dans lequel les infirmiers viendraient s'inscrire.

Tout ceci représente t-il véritablement une limite (comparé à celles retrouvées dans l'analyse de nos questionnaires) qui peut être retrouvée à l'évolution de l'autonomie des ISP ? Nous pouvons le supposer sans l'affirmer car cette question dépasse l'objet de ce mémoire et intéresse une problématique toute autre que nous pourrions qualifier de « politique » ?

De plus, concernant l'article 51 de la loi HPST, il est à noter que celle-ci a été établie en dehors du décret de compétences ; en cas de faute ou d'erreur, un acte effectué par un infirmier ne rentrant pas dans son décret de compétences, mais protocolé grâce à cette loi, ne serait-il pas considéré comme un exercice illégal ? La reconnaissance par obtention d'un master 2 en pratiques avancées, dont nous parlions tout à l'heure, ne serait-elle pas une solution alternative ? Pour le moment, seul le temps pourra nous permettre des arguments en faveur ou non.

Il est maintenant l'heure pour nous de nous atteler à la construction de notre problématique de recherche. Notre questionnement ayant évolué depuis le début de ce travail, il semble légitime, que notre question de départ le soit aussi.

5. Construction de la problématique et élaboration de la question de recherche

Rappelons avant tout la question de départ nous ayant amené à entrevoir le questionnement qui va suivre : **Quelle(s) évolution(s) possible(s) dans la prise en charge en autonomie par les ISP en pré-hospitalier ?**

Le maillage du territoire en terme d'organisation du secours à personne est tel qu'aujourd'hui il a été mis à disposition un moyen, non pas médicalisés mais para médicalisés : le VLI. La recherche faisant, un contexte socio-médico-économique évoluant de manière plutôt "négative", l'infirmier a pu trouver sa place dans une prise en charge jusqu'alors méconnue.

A partir des données recueillies de manière théorique, au travers d'ouvrages, d'articles, d'études... nous avons pu observer que l'activité d'ISP était encadrée de manière légiférée aux vues des nombreux textes parus.

Il émane de la part de certains infirmiers du SDIS 44 une réelle volonté de développement de leurs pratiques professionnelles (souhaits de protocoles supplémentaires, demande de formation, ...). Ils ne souhaitent néanmoins pas forcément devenir totalement autonomes ou indépendants car ils reconnaissent la nécessité d'une réelle collaboration avec un médecin dans des situations d'urgences particulières.

Une des limites envisagée par ceux-ci est l'activité même du volontariat. Une « professionnalisation » future de ces actuels ISPV ne serait-elle pas une solution à

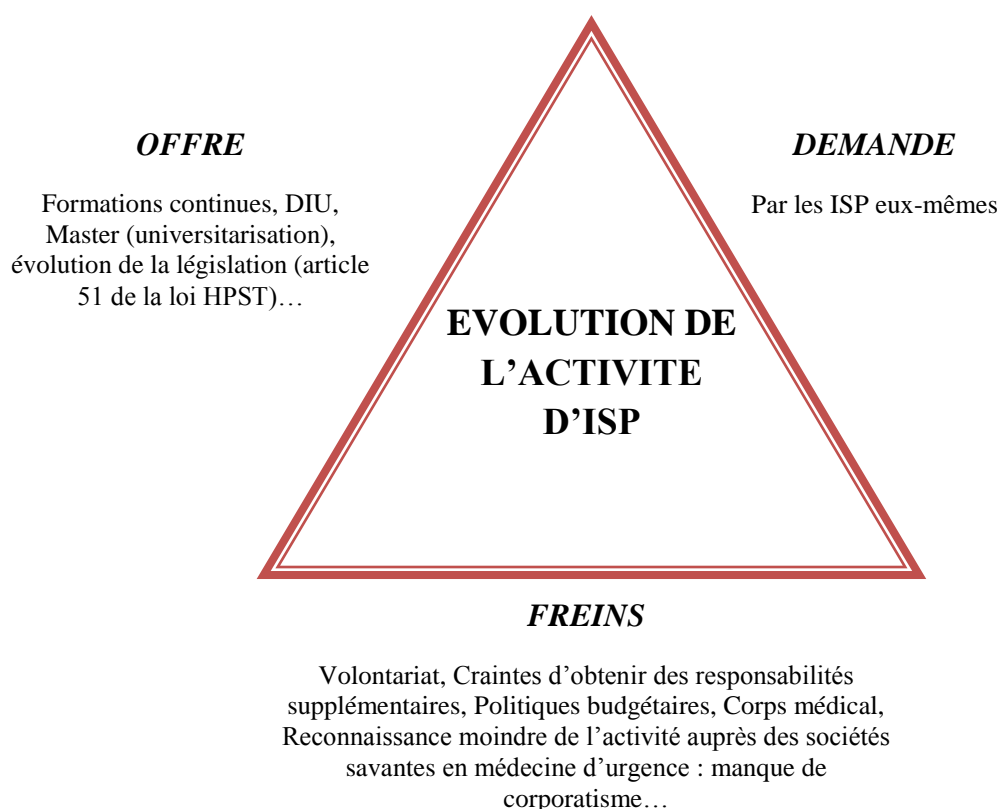
l'orientation actuelle que prend l'évolution de leur activité ? Qu'engendrerait-elle alors sur l'organisation des secours en France ? L'existence d'une certaine résistance médicale viendrait entraver cette évolution. Il s'agirait donc de réussir à trouver un « juste milieu » dans le rôle de chacun au sein de l'organisation de l'AMU. Une redéfinition même de cette organisation serait donc à prévoir, que ce soit au niveau des missions des différents acteurs de secours que de la structuration des établissements de santé (« *trauma center* » vs services d'urgences).

Il serait peut-être maladroit de comparer tout cela au jeu de l'offre et de la demande, mais nous allons tout de même nous y essayer. En effet, nous l'avons dit les ISP souhaitent pour la plupart développer leurs compétences en termes de pratiques avancées et de gain d'autonomie. Néanmoins, « l'offre » est restreinte, non pas vis-à-vis d'un manque de moyens (les formations existent par exemple), mais plutôt par la présence de freins comme nous avons pu le voir.

Une évolution est en marche pour les IDE et donc pour les ISP (autonomie développée *via* l'acquisition de connaissances/compétences nouvelles : actes médicaux délégués de plus en plus, responsabilités augmentées en conséquence...), reste à déterminer les conditions de celle-ci ; les infirmiers souhaitant avant tout une reconnaissance (pécuniaire, réglementaire et institutionnelle par le biais de formations diplômantes).

Les questions que nous pouvons donc à présent nous poser sont les suivantes : Comment allier développement des pratiques, reconnaissance et responsabilités dans le contexte de l'infirmier sapeur-pompier ? A quoi ressemblera l'ISP de demain ? Des compétences en plus, un gain d'autonomie...mais pour quoi faire ? L'ISP serait-il une réponse aux déserts médicaux en France ?

Un schéma récapitulant ma pensée actuelle et l'état d'avancement de mes recherches se dessinerait comme suit (les 3 côtés de ce triangle étant en interconnexion) :



Reste à présent à déterminer la question de recherche signant l'aboutissement de notre phase exploratoire.

Notre question de départ nous ayant servi de base à ce travail, il est maintenant nécessaire d'établir un questionnement plus précis, qui nous servira de ligne guide dans un travail de recherche futur.

J'ai donc décidé, suite à cette phase de problématisation de m'orienter vers, non plus le développement de l'autonomie de l'ISP dans sa prise en charge (nous avons vu que cela serait le cas), mais plutôt vers sa nouvelle place dans la chaîne de l'urgence. En voici donc ma question de recherche :

Quelle place est amenée à occuper l'ISP, aux côtés des autres intervenants de l'urgence, dans l'organisation des secours en France, en regard des compétences nouvelles qu'il aura acquis ?

Le contexte de l'évaluation de ce travail s'arrêtant à la fin de la phase exploratoire de la recherche, je me permets, à vous lecteurs, de vous laisser méditer à cette question. Question que je reprendrai peut-être dans quelques années dans un cursus de masterisation et me ferait une joie de vous faire partager.

CONCLUSION :

Nous avons pu découvrir au décours de ce travail comment s'articulait le secours à personne en France au travers des différentes structures composant cette organisation. Plusieurs acteurs concourent au bon fonctionnement de celle-ci, notamment les infirmiers sapeurs-pompiers, formés à intervenir, sur protocoles, dans un cadre d'urgences pré-hospitalières.

La question soulevée au départ de ce mémoire s'intéressait à leur autonomie dans leur prise en charge sur intervention. Il a été relevé de nombreuses informations permettant de déterminer dans quelle mesure une évolution était possible en ces termes. Il s'avère en effet que cette évolution est actuellement en marche ; des limites, des freins sont néanmoins présents et n'aboutissant pour le moment pas à l'expression totale de celle-ci. Les ISP souhaitent améliorer/développer leurs pratiques, mais sont également conscients de leurs propres limites.

Le paysage actuel du secours à personne, par la démographie médicale décroissante, les budgets alloués aux SMUR s'amenuisant, impose une réorganisation de la réponse sur le terrain. Cela se manifestant justement par la part belle laissée de plus en plus aux ISP. Mais quelle place seront-ils amenés à prendre dans l'avenir ? C'est toute la question que la poursuite de ce travail s'efforcera d'interroger dans un futur plus ou moins proche.

En attendant, ces infirmiers évoquent eux-mêmes des axes d'améliorations concernant le contexte actuel dans lequel ils évoluent. Ils souhaiteraient tout d'abord revoir leurs formations initiale et continue afin de coller aux exigences du terrain ; une information/formation supplémentaire concernant l'existence des PISU serait à effectuer auprès du SAMU pour éviter quelques malentendus sur intervention. Le développement de la recherche en soins infirmiers dans le domaine de l'urgence est un autre point qu'il semble important de souligner. Et enfin, le besoin de reconnaissance qu'ils éprouvent, à juste titre, est le dernier axe proposé. Axe que l'ANISP développe actuellement auprès de la DGSCGC en s'intéressant à l'intégration de la profession d'infirmier dans le cursus LMD.

Une autre piste que je souhaiterai évoquer serait la mise en place d'ISP « correspondants ». J'entends par là la mise en place au niveau national d'infirmiers mobilisables en tout temps (fonctionnement à l'astreinte chez eux) permettant une disponibilité plus importante des VLI sur le territoire. Reste que la ressource d'ISP ne peut permettre pour le moment l'application d'une telle mesure.

De plus, il existe aujourd'hui un « vide juridique » concernant la mise en place des perfusions intra-osseuses. Nous ne savons pas de quelle responsabilité elles relèvent. Par conséquent, nous pouvons supposer que leur utilisation pourrait s'en voir confiée aux ISP. Cela allant dans la continuité de notre démonstration. La télé-transmission des données ECG à la régulation médicale *via* les scopes des VLI serait également un moyen d'autonomiser un peu plus ces ISP. Mais un problème se pose encore : la sécurisation des données sur le réseau.

Nous en parlions au début de notre travail, nous possédons notre propre système de secours, en en faisant une organisation originale et (quasiment) unique au monde (la

Roumanie étant semblable à nous). Néanmoins, ne nous rapprocherions-nous pas de ce qui fait le « *scoop and run* » de nos voisins anglo-saxons ? Une spécialisation et une répartition des rôles et missions de chacun, dans le domaine de l'urgence, semblent se profiler à l'horizon d'un futur que je qualifierai de proche. Où allons-nous ? Par qui seront traités nos « patients-victimes » ? L'infirmier gardera t-il sa fonction actuelle de soignant ou bien cette fonction se verra t-elle confier d'autres attributs ? Je laisse l'appréciation de mon questionnement à votre évaluation et à votre opinion. Seul l'avenir pourra nous laisser entrevoir l'affirmation ou l'infirmité de nos propos.

J'aimerais simplement terminer sur mon ressenti quant à la réalisation de ce mémoire. En effet, ce travail fût pour moi emprunt de doutes et d'incertitudes sur mes capacités à y arriver. Le temps qui passe, mais aussi cette vision de l'exercice professionnel se rapprochant et m'intimidant de jour en jour ne m'ayant pas facilité la tâche.

Je tiens cependant à confirmer mon projet d'exercice dans ce milieu qu'est l'urgence pré-hospitalière auprès des infirmiers sapeurs-pompiers de Paris ; ce mémoire y ayant grandement contribué. J'espère d'ailleurs que celui-ci pourra, dans une humble mesure, contribuer à l'avancée de ma future activité ou tout du moins soulever quelques questionnements.

Références bibliographiques

Ouvrages

- PASCAL C., *Gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur*, Revue française de gestion, n°146, p. 191 à 204
- POLET-MASSET - *Passeport pour l'autonomie*, Edition Lamarre, 1993, p. 20

Ouvrages collectifs

- DUBROUS.V et MONTMARTEAU.V – Chapitre 2 : *L'infirmier de sapeurs-pompiers* - « Place des IDE dans le secteur de l'urgence en dehors de l'hôpital » - 2003 – pps. 11 - 18
- FORMARIER M., JOVIC L., *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI édition - Mallet Conseil, Lyon, 294 pages
- NUNGE et MORTERA - *Être autonome à l'écoute de ses vrais besoins*, Edition Jouvance, 1998, p. 14

Articles de périodiques

- BLANCHE Michel. et al, *Etude rétrospective de l'antalgie extra hospitalière protocolisée appliquée par des infirmiers de sapeurs pompiers*, Urgence Pratique, 2012, n°114, pps. 39 - 43
- VASSEUR Philippe, Médecin-Chef de l'ENSOSP et chef de la division des formations sante (FORSAN), *L'enseignement à distance*, Magazine du Service de Sante et de Secours Médical des Sapeurs-Pompiers (3SM Mag), n°11, Décembre 2011, p. 20 et 21

Documents non publiés à usage interne

- BOSSY Y. et DESHAYES P. – *Activité VLI 2012* – SSSM 44
- Direction du SSSM 44 – *Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence*

Cours

- CASTELOT, A-S. – UE 1.1 S2 Psychologie, sociologie, anthropologie – *Sociologie des organisations* - Avril 2011

Dictionnaire

- AKOUN A. et ANSART P. – *Dictionnaire de sociologie* – Collection Le Robert – 1999 – 596 pages
- LEGRAIN Michel et GARNIER Yves - *Le petit Larousse*, Paris, Larousse, 2006, 1874 pages

Documents publiés sur internet

- **Articles et divers**

- ANISP - *La bonne personne, au bon endroit, au bon moment*
- ANISP - *Propositions Cohérence Grades/Formations/Missions ISPV – 2012*
- BERLAND Y. - *Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences* - Rapport « Transfert de Compétences » - Octobre 2003 - 58 pages
- Carte du Groupement territorial de Nantes et Organigramme fonctionnel du SDIS 44 – <http://www.sdis44.fr>
- COUESSUREL Nicolas, Infirmier en Chef, Juriste SSSM du Rhône – *Responsabilité des IDE et protocoles d'urgence*
- 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 – 25 Juin 2008 – 65 pages
- ENSOSP, *Devenir Infirmier de Sapeur-Pompier Professionnel* – <http://www.ensosp.fr>
- HAS – *Protocole de coopération entre professionnels de santé* – <http://www.has-sante.fr>
- *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
- Ministère de la santé – *Guide du soin infirmier, protocole de soins infirmiers* – Bulletin Officiel 92-13 bis
- PHANEUF Margot, *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance* - 17 Décembre 2008 – 10 pages
- SAMU-URGENCES de France – *Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?* – Les 1ères Assises de l'Urgence – 13 Septembre 2012 – 55 pages
- SFMU – *Recommandations professionnelles – L'infirmier(ère) diplômé(e) d'état seul devant une situation de détresse médicale* – Décembre 2011 – 21 pages

- **Textes législatifs**

- **Code de la Santé Publique**

- Code de la Santé Publique - Textes réglementaires et législatifs – Exercice de la profession
- Code de la Santé Publique – Règles professionnelles – Exercice de la profession
- Article R4311-3 du CSP – Définition du rôle propre
- Article R4311-7 du CSP – Définition du rôle prescrit
- Article R.6311-6 du Code de Sante Publique, *relatif à l'orientation des appels*, Journal officiel n°172 du 26 - juillet 2005, p. 37003
- Article R.6311-1 du Code de Sante Publique, *Sous-section 1 : Mission des services d'aides médicale urgente*, Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005, p. 37003
- Article R.6311-8 du Code de Sante Publique, *Relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins*, Journal Officiel n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240

- Article R.6123-15 du Code de Sante Publique, décret n°2006-576 *Relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (disposition réglementaires)*, Journal Officiel n°119 du 23 mai 2006, p. 7531
 - **Arrêtés**
 - Arrêté du 6 mai 2000, *fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours*, Journal officiel n°135 du 11 juin 2000, p. 8869
 - Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales
 - Code Général des Collectivités Territoriales, *arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des Sapeurs-Pompiers Volontaires*, articles 29 et 31
 - **Décrets**
 - Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997, *relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours*, Journal Officiel n°301 du 28 décembre 1997, p. 19017

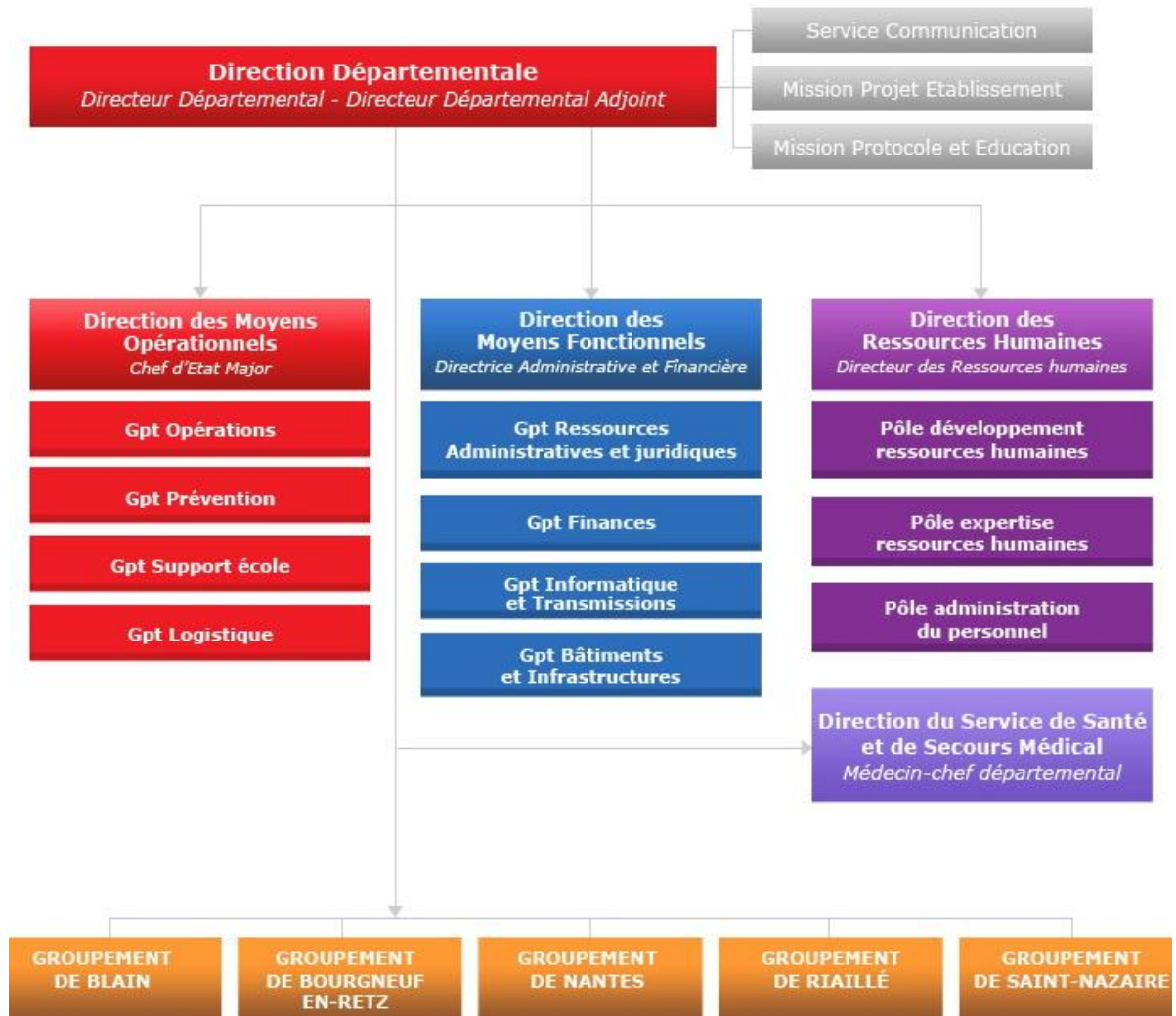
Sites internet

- Site des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers - <http://www.infirmierssapeurpompiers.com>
- Site de l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers - <http://www.ensosp.fr>
- Site du Service Départemental d'Incendie et de Secours de Loire-Atlantique – <http://www.sdis44.fr>
- Site du Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales - <http://www.cnrtl.fr>
- Site répertoriant les textes législatifs français - <http://www.legifrance.gouv.fr>

ANNEXES

ANNEXE I

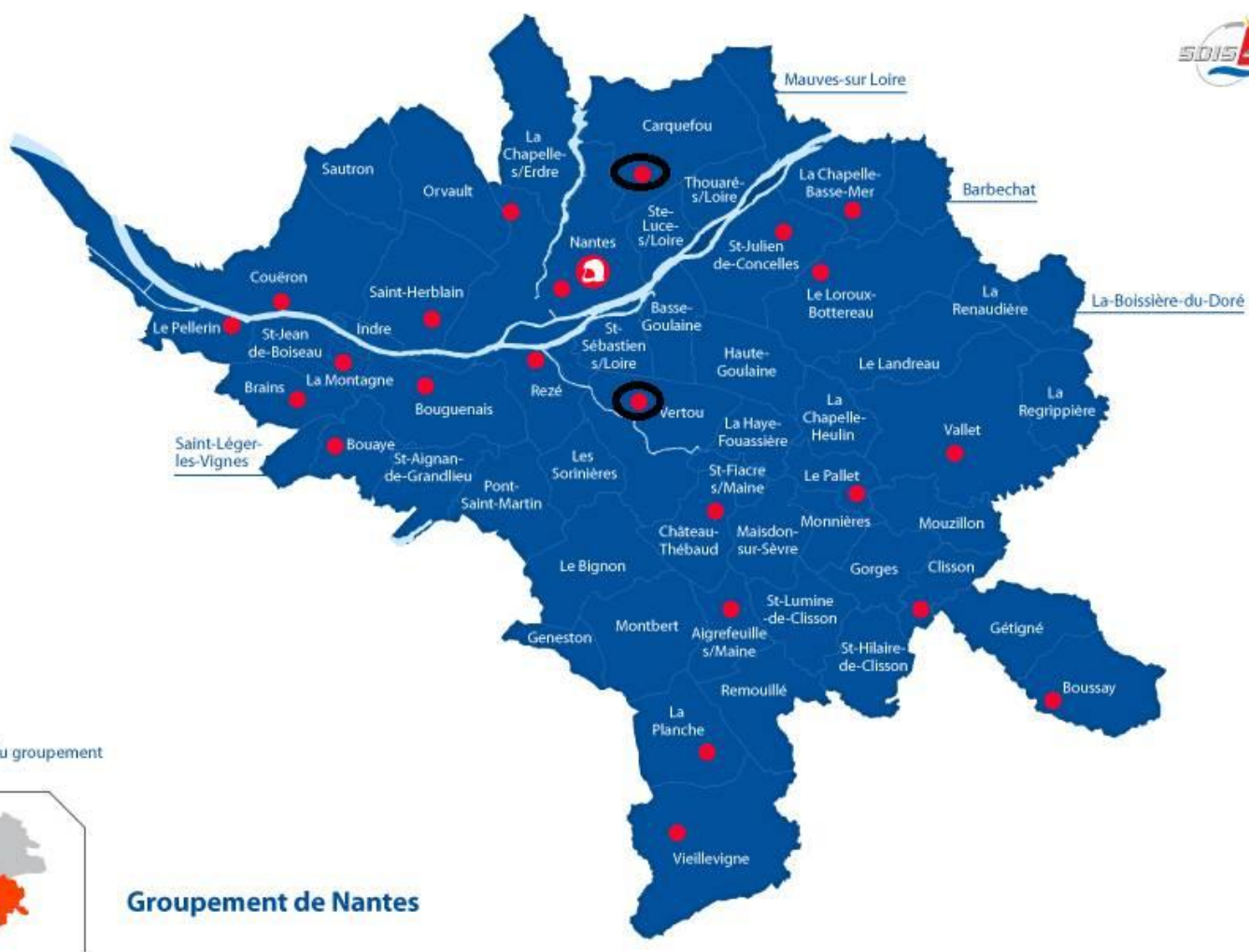
Organigramme fonctionnel du SDIS 44



<http://www.sdis44.fr>

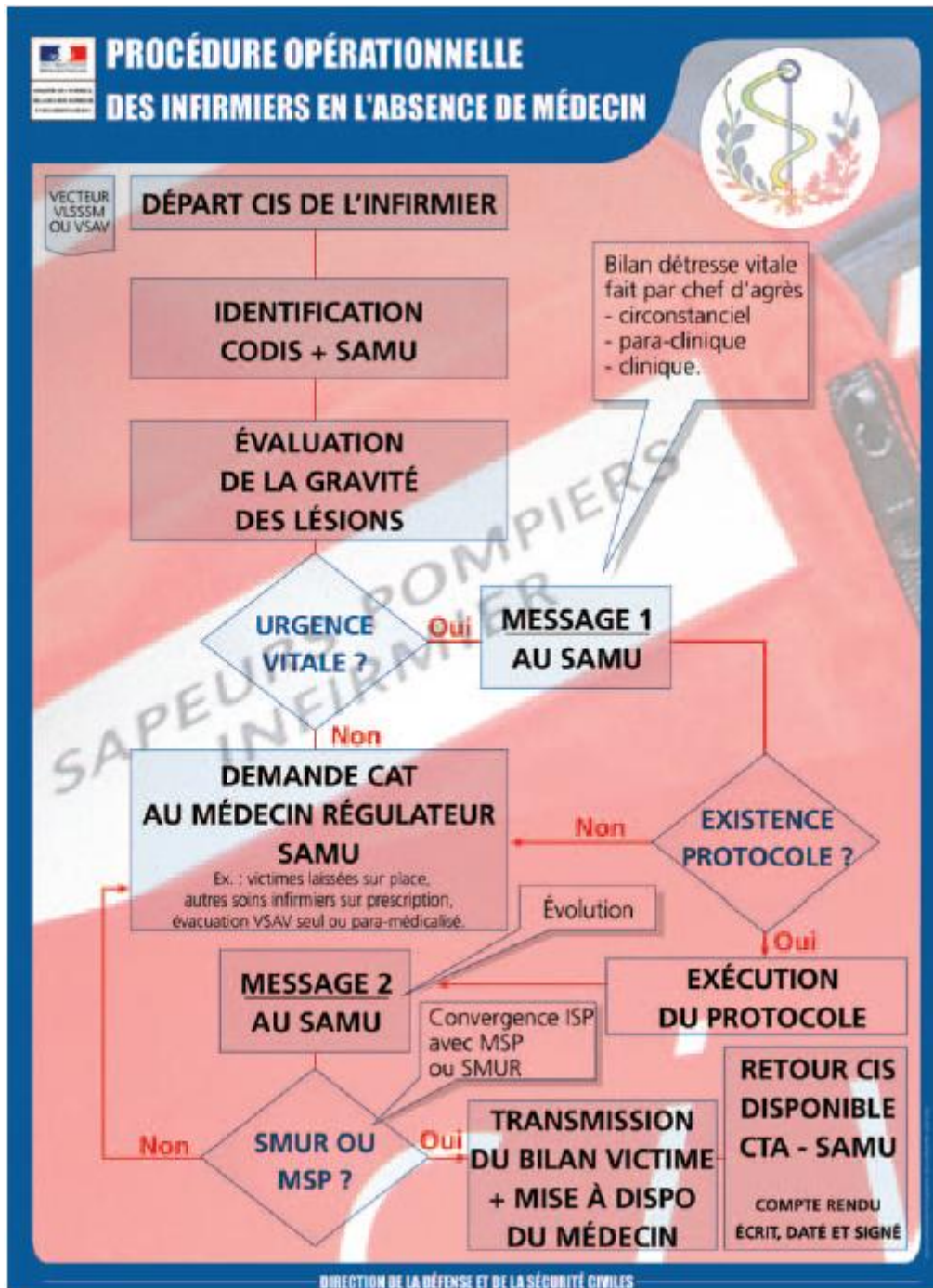
ANNEXE II

Implantation géographique des VLI au sein du Groupement de Nantes



ANNEXE III

Procédure opérationnelle des infirmiers en l'absence de médecin



Direction de la Défense et de la Sécurité Civile – Ministère de l'Intérieur

ANNEXE IV

Guide d'entretien – Mémoire de fin d'étude

« Quand l'IDE arrive le premier... »

(Rôles, missions, compétences et vécus de l'Infirmier(e) en pré-hospitalier)

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude, je m'intéresse à la récente étude menée au sein de votre SDIS concernant la prise en charge de la douleur par l'ISP en intervention. L'une des conclusions qui en ressort, est le souhait de ces professionnels à faire évoluer leurs pratiques en se passant de la prescription téléphonique dans le traitement par morphinique en situation pré-hospitalière. Un premier pas vers le développement de l'activité d'ISP ?

Législation	<ul style="list-style-type: none"> • Actes autorisés • Limites dans la PEC IDE en pré-hospitalier • Erreurs/Fautes déjà commises ? • Pratiques avancées 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription directe - Protocoles - Procédures - Compétences IDE - Conséquences que cela a pu avoir ou pourraient y avoir si cela venait à se produire ? - Lois actuelles adaptées ? / Limites ? / Difficultés ?
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles/Missions de l'ISP Professionnel • Degré d'autonomie/ Place de l'ISP • Déclenchement 	
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Initiale • Continue • Complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Melting-pot professionnel (différents lieux d'activités des volontaires) ; - Adaptée ?

ANNEXE V

Retranscription de l'entretien téléphonique réalisé le Vendredi 1^{er} Février à 19h entre l'Infirmier d'Encadrement Monsieur B. infirmier de sapeur pompier professionnel au sein du SDIS 44 et moi-même, Monsieur F. étudiant en 3^{ème} année d'étude d'infirmier.

-

Entretien réalisé selon un mode semi-directif, dans un contexte de totale disponibilité de la part des interlocuteurs (par conversation téléphonique enregistrée et en dehors du cadre professionnel) et d'une durée de 52 minutes.

Retranscription de l'entretien téléphonique réalisé le Vendredi 1^{er} Février à 19h entre l'Infirmier d'Encadrement Monsieur B. infirmier de sapeur pompier professionnel au sein du SDIS 44 et moi-même, Monsieur F. étudiant en 3^{ème} année d'étude d'infirmier.

-

Entretien réalisé selon un mode semi-directif, dans un contexte de totale disponibilité de la part des interlocuteurs (par conversation téléphonique enregistrée et en dehors du cadre professionnel) et d'une durée de 52 minutes.

Monsieur F. : Suite à nos divers échanges de mails, nous voici aujourd'hui arrivé à l'entretien à proprement parlé. Dois-je vous rappeler les règles qui régiront cet entretien et les tenants et aboutissants de celui-ci ?

Monsieur B. : Non, nous pouvons commencer.

Monsieur F. : Très bien ; rentrons donc dans le vif du sujet avec cette première question : Avec cette étude réalisée au sein du SDIS 44, pour ce qui est de l'actuelle « procédure » antalgique, vous passeriez justement d'une procédure à un véritable « protocole » ?

Monsieur B. : Tout à fait. Prenons un exemple, pour une victime de 70kg dont vous évaluer sa douleur à l'Echelle Numérique entre 4 et 10, l'infirmier SP après avoir examiné son patient et validé qu'il ne présentait aucun éléments d'exclusion au protocole, applique celui-ci.

L'infirmier perfuse la victime et administre à T=0 un antalgique de palier I : 1g de Perfalgan®. A T = 5 minute si la douleur est toujours supérieur à 4, l'infirmier SP administre une première fois un antalgique de palier III : la morphine à une dose de 0.05mg / kg, 3,5 mg pour notre victime en exemple.

Cette dose pourra être répétée à T10, T15 et T20minute si l'évaluation de la douleur est toujours supérieure à 4 et l'évaluation des paramètres vitaux du patient stable.

Le bilan paramédical au SAMU est passé dès que possible.

. L'ensemble de nos procédures-protocoles sont aujourd'hui revisités sur un modèle d'algorithme décisionnel de A à Z.

Le second protocole qui a été également revu à l'heure actuelle est celui de l'ACR.

En effet depuis que le VLI Saint Herblain a été supprimé au profit de deux VLI : Carquefou et Vertou pour une meilleure couverture de secteur. Il apparaît que pour les secteurs au nord de Carquefou et au sud de Vertou, un gain de temps de 10 minutes vis-à-vis d'un départ de SMUR Nantais du centre ville. Les VLI sur ces secteurs spécifiques sont déclenchés systématiquement depuis le 1^{er} avril à l'appel sur les arrêts cardio respiratoires.

Dans l'attente du renfort médical l'infirmier SP applique alors le PISU ACR : bilan paramédical, validation des critères d'entrée dans le protocole, application.

Pour synthétiser, le protocole reprend les recommandations internationales de l'ILCOR en matière de prise en charge de l'ACR.

En fonction de l'analyse du DSA:

- Choc non indiqué, absence de pouls (Asystolie ou dissociation électromécanique) l'infirmier administre 1mg d'Adrénaline® tous les deux cycles (toutes les 4 minutes).
- Choc indiqué, (Fibrillation Ventriculaire ou TV sans pouls), au troisième choc consécutif l'infirmier SP injecte 1mg d'Adrénaline® et 300mg d'Amiodarone®, au 5ème choc consécutif, 1mg d'Adrénaline® et 150mg d'Amiodarone®. Puis 1 mg d'Adrénaline® tous les deux cycles (toutes les 4 minutes) si la situation ne change pas

Le but est donc d'avoir des logigrammes décisionnels pour les situations d'urgence. Nos protocoles sont élaborés de la manière suivante : les signes à rechercher dans la pathologie aborder, les critères d'inclusion et d'exclusion au protocole, le logigramme, et enfin la pharmacologie des drogues.

Monsieur F. : Du coup est-ce que ce serait dans un but d'uniformisation des protocoles au niveau national ?

Monsieur B. : Notre ancien président de la république : Mr Sarkozy a durant son mandat initié et validé les recommandations en matière de secours pré hospitalier, SDIS SAMU Ambulance Privé, rôles et missions de chacun. Entre autre, en ce qui concerne les infirmiers SP une liste de protocoles autorisés y figure, mais le contenu des protocoles n'y figure pas.

Des réunions entre le SDIS SAMU et l'ARS ont eu lieu mais aucun accord n'a été trouvé à l'heure actuelle sur des protocoles nationaux. Pour l'instant c'est statu quo, chaque département a les entêtes de paragraphe et établit ses protocoles sous l'égide de son médecin chef.

Monsieur F. : J'ai pu lire un document qui s'approchait de cela, un document national, qui récapitule certains protocoles qui peuvent être mis en place sur lesquels les PISU se basent. Le titre était : Les recommandations professionnelles du SFMU avec l'infirmier diplômé d'état seul devant une situation de détresse médicale.

Monsieur B. : Il me semble que le document vient de Loire Atlantique. Ressemble-t-il à nos docs ?

Monsieur F. : Non et il date de décembre 2011. Il s'adresse à tous les infirmiers hors présence médicale et présente des recommandations pour a peu près tout : l'accouchement, le nouveau né, l'arrêt cardiaque. Avec le bilan synthétique, les actes infirmiers et la surveillance.

Monsieur B. : Et qu'est-ce qui est indiqué pour l'arrêt cardio ?

Monsieur F. : Transmettre le bilan au médecin régulateur ou lui transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque, circonstances de mise en œuvre et reconnaissance de l'arrêt hors présence médicale. L'anamnèse identifie les gestes secouristes effectués, recherche de notions de traumatismes ou d'inhalation de corps étrangers, recherche d'un DAE. Paramètres vitaux, absence de ventilation ou ventilation anormale dont « gasp », absence de pouls au niveau huméral ou fémoral chez le nourrisson de moins d'un an et au niveau carotidien. Transmission au SAMU et acte. Poursuivre les manœuvres de RCP et de défibrillation, utiliser des patchs pédiatriques chez l'enfant de 1 à 8 ans à défaut des patchs adultes, privilégier la prise en charge ventilatoire de l'enfant, mettre en place un abord vasculaire et les experts proposent de préparer une injection d'adrénaline (pas d'arguments scientifiques pour recommander l'administration hors avis médical, toutefois ils proposent d'injecter 0,01mg/kg d'adrénaline en présence d'un rythme non chocable ou après 3 chocs électriques externes inefficaces.

Maintenant j'aimerais être un peu plus général : j'aurais voulu savoir quel était votre rôle auprès des ISP volontaires.

Monsieur B. : Mon rôle est celui d'un cadre des services de santé des sapeurs pompiers. Quelques exemples de mes missions : recrutement des infirmiers SP, formation de ceux-ci aux différentes missions du SSSM, évaluation et suivi des missions confiées. Gestion du dossier fonctionnel Opérationnel SSSM en collaboration avec le médecin responsable. Missions SSSM : aptitude, soutien sanitaire, opérationnel AMU (garde VLI astreinte départementale) ;

Monsieur F. : OK d'accord. Et à l'heure actuelle, où en est-on vis à vis du développement de la paramédicalisation des secours par l'ISP ?

Monsieur B. : En Loire Atlantique ou en France ?

Monsieur F. : Les deux.

Monsieur B. : Au niveau de la France, le statut de l'ISP au sein de la chaîne de secours d'urgence a été reconnu par la quadripartite ce qui constitue un élément important. Au niveau départemental, on peut noter qu'en fonction des moyens mis à disposition des SSSM, la place des infirmiers SP sur le terrain est plus ou moins marquée.

Monsieur F. : Et qu'est-ce qui fait cette différence ? Pourquoi est-ce qu'un directeur départemental ou un médecin chef va mettre plus en avant le rôle de l'ISP dans la partie opérationnelle qu'un autre département ?

Monsieur B. : Sa propre croyance je crois, ses propres convictions au sujet des services en question. Ses choix à prioriser les services d'interventions (incendie, secours, service santé, etc...)

Monsieur F. : Et du coup au niveau du SDIS44, on se situe comment par rapport à ça ?

Monsieur B. : Le SDIS de La Loire Atlantique appartient aux départements de catégorie 1, les plus importants en risques et en moyens attribués pour faire simple.

Notre directeur départemental, le Colonel Philippe Berthelot est très à l'écoute de son service de santé, il a toujours mis l'accent sur l'importance de l'assistance à la personne. Et en parallèle nous avons un médecin chef, Le Colonel Blanche Michel qui a toujours mené son service de santé en impliquant fortement la composante paramédicale.

Ce binôme Directeur départemental-médecin chef a donc toujours agit en parfaite synergie pour promouvoir les missions des ISP en matière de SAP.

Monsieur F. : Et qu'est-ce qui est amené au niveau de l'infirmier en termes de moyens pour sa formation continue ?

Monsieur B. : Au niveau opérationnel ou sur l'ensemble des missions ?

Monsieur F. : Sur l'ensemble des missions.

Monsieur B. : Une formation initiale.

Pour l'aptitude, on forme les infirmiers SP au logiciel Médisap puis ils effectuent un certains nombre de visites avec un collègue ISP formé à cette mission jusqu'à leur autonomie.

Dans le domaine de la formation des sapeurs pompiers au secours à la personne, les supports pédagogiques sont travaillés en amont et comme pour l'aptitude, les infirmiers SP ont toujours une « doublure » sur leur première dispense de formation auprès des SP».

Dans le domaine du soutien sanitaire et de l'opérationnel, ils sont tous remis à niveau avec le PSE1 et le PSE2 car on sait qu'une fois sortie de l'école ils n'ont pas toute la chaîne de secours en tête (seulement AFGSU). Cela permet de mettre les infirmiers et les sapeurs pompiers sur un pied d'égalité. Et après ça ils ont 4 jours de formation sur le maniement des protocoles que ce soit en secours à la personne ou sur le soutien sanitaire aux sapeurs pompiers. Pendant ces 4 jours là il y a des cours médicaux, la présentation des PISU et surtout beaucoup de pratique.

Monsieur F. : Et au niveau de la pratique, ce sont des cas concrets ?

Monsieur B. : Oui, des cas concrets. Et on essaye de se rapprocher au plus de la méthode d'enseignement type PHTLS : on forme les ISP à la méthode ABCDE pour avoir un bon schéma de prise en charge. Ensuite, pour ceux qui ne l'ont jamais fait, ils ont des stages aux urgences et en service de réa. Sur ce sujet, on a des conventions de stage avec les SAU de Nantes et de St Nazaire. Ça leur permet d'observer, d'analyser ce qui se passe derrière les portes d'un service d'urgences car ils seront amenés à y accompagner les victimes qu'ils auront pris en charge en pré hospitalier et ils pourront ainsi expliquer au patient la suite. Pour finir, leur dernier stage se présente sous la forme d'un binôme en VLI en faisant autant de sorties que possible avec un infirmier professionnel dans le but de recueillir l'ensemble critères pour être validé opérationnel VLI.

Monsieur F. : Et ça représente combien d'infirmiers en formation ?

Monsieur B. : Et bien sur un total de 130 infirmiers, il y a aujourd'hui 80 opérationnels.

Monsieur F. : Je reviens juste rapidement sur la méthode PHTLS au niveau des cas concrets pour leur formation : Est-ce qu'il sorte avec le diplôme du PHTLS ou bien c'est la méthode appliquée à leur formation ?

Monsieur B. : Uniquement la méthode. Et elle est aussi utilisée en FIA nationale dans leur module « Urgences ».

Monsieur F. : Les formations initiales proposées aux ISP vous paraissent-elles adaptées aux réalités du terrain (adaptation constante, travail en relative autonomie...) ?

Monsieur B. : Oui on essaye en tout cas. Au niveau départemental, la formation est axée sur la prise en charge seule sur le terrain, il n'y a pas de médecin, d'où une analyse de la situation, du patient très systématisée et une ligne de conduite à appliquer très stricte avec les protocoles.

Monsieur F. : Et avec ce « melting-pot » d'infirmiers pompiers volontaires, c'est-à-dire avec leur provenance de secteurs d'activités divers (psychiatrie, urgences, libéral...).

Monsieur B. : ...Alors c'est enrichissant; en effet il y en a certains bien sûr, qui exercent en urgences/SMUR ou en réa, ils seront donc plus à l'aise dans la reconnaissance des signes cliniques de l'urgence et de la technique par exemple. Un infirmier libéral lui de son côté aura comme atout qu'il est habitué à exercer seul et prendre des décisions et ainsi suite en fonction des expériences de chacun. Notre but est d'amener tout le monde au même niveau de compétences.

Les infirmiers qui franchissent notre porte viennent chercher chez les pompiers un exercice différent de leur profession. Sur le terrain ils sont autonomes, et sont responsable des soins dispensés auprès de la victime. Et puis il y a les autres missions: la formation, l'aptitude.

Le soutien sanitaire aux SP, la surveillance sapeur pompier en incendie, sur des missions plus à risques...c'est une des missions exclusive du SSSM. Pour avoir discuté avec des cadres hospitaliers, c'est vrai que notre formation favorise une certaine autonomie dans notre pratique, les infirmiers SP appréhendent au fil du temps à anticiper un peu plus dans la prise en charge parce que y'a l'expérience de terrain. Tout en ne dépassant pas les prérogatives bien évidemment ! En arrivant sur les lieux on attend de l'infirmier SP une démarche systématisé, un bilan paramédical construit selon une méthode reconnu type A, B, C, D: et s'il y a une fonction vitale d'atteinte, la mise en place du protocole approprié, et surtout le déclenchement rapide des moyens médicaux.

Monsieur F. : Va-t-on par conséquent retrouver des limites dans cette prise en charge en pré-hospitalier par l'ISP ?

Monsieur B. : A notre arrivée sur les lieux on s'aperçoit parfois que cela dépasse nos protocoles et qu'il faille faire déplacer un médecin.

Ce n'est pas que cela se fait en terme de situation dépassant les protocoles, c'est que l'on a besoin d'un médecin pour venir faire autre chose, donc pour compléter la prise en charge.

Monsieur F. : Pourquoi sur une intervention particulière va t'on envoyer un IDE seul et sur d'autres un SMUR (je n'entends pas par là les « grosses » interventions où il est clair que le SMUR sera déclenché dans le train de départ) ; prenons l'exemple d'une hypoglycémie ou bien d'un ACR ?

Monsieur B. : Tout d'abord, nous avons deux modes de déclenchements : soit sur un départ type, soit sur une demande de renfort de la part du chef d'agrès (*NB : le chef d'agrès est le chef d'intervention, ici, du VSAV, il dirige ses équipiers sur l'intervention*). Ensuite on sera déclenché par rapport à la localisation géographique de l'intervention, en lien avec les deux VLI du Groupement de Nantes situées à Vertou et à Carquefou. C'est-à-dire que pour une intervention se situant soit au Nord de Carquefou soit au sud de Vertou, un VLI sera

automatiquement envoyé en première attention afin de prendre en charge rapidement la victime ; ce que le SMUR aura plus de mal à faire étant donné son positionnement central dans la ville de Nantes.

Prenons également l'exemple du VLI St Nazaire situé à côté du CH St Nazaire et donc du SMUR ; celui-ci n'apporte donc pas de plus value quand à son déclenchement en concomitance avec le SMUR (pour l'instant) sur un ACR par exemple car ils arriveraient en même temps sur intervention. Toutefois, s'il venait à y avoir une carence de SMUR, on enverrait un VLI en attendant que le SMUR se libère.

Monsieur F. : Pour ce qui est de son déclenchement sur les secteurs nord et sud de Nantes, c'est donc un gain de temps et de prise en charge pour la victime ?

Monsieur B. : Oui tout à fait, un gain de prise en charge. Carquefou et Vertou ne prendront pas la direction du centre de l'agglomération nantaise où il y a le point de départ du SMUR, là ça ne sert à rien, il n'y a pas d'intérêt, le SMUR arriverait avant eux : il faut mutualiser les moyens.

Dans le cas du coma hypoglycémique, nous sommes d'accord pour dire qu'il y a une fonction vitale d'atteinte : la conscience ; mais généralement quand ils nous déclenchent sur cette situation, on sait que la personne est diabétique insulinodépendante : quand une tierce personne (mari, femme...) appelle on sait que c'est un coma hypoglycémique, un chiffre est donné. Donc en fait engager une équipe SMUR : médecin, infirmier ambulancier pour « juste aller administrer deux ampoules de G30 » c'est honorable mais cette même pourrait être utile ailleurs.

Monsieur F. : C'est un peu le même principe que pour les intoxications au CO ...

Monsieur B. : Intox au CO, on a mis le VLI dans les départs types avec le chef de groupe car le VLI a la technologie du détecteur de CO dans l'air expiré ce que l'on ne pouvait pas mettre dans n'importe quel VSAV pour une histoire de coût. Il y a donc la technique mais aussi l'expertise de l'infirmier : le pompier fait son bilan secouriste et l'infirmier quand à lui passe son bilan paramédical. On prend note du bilan sapeur-pompier, son bilan secouriste et on attend de la part de l'infirmier une plus-value par son expérience, autrement je n'en vois pas l'intérêt : un infirmier qui passe strictement le même bilan secouriste qu'a passé le chef d'agrès, on a « loupé un épisode là ! » On est là pour une expertise (pas médicale mais paramédicale).

Monsieur F. : Et justement, au cours de toutes ces interventions depuis que le VLI est créé, a-t'il été relevé quelques erreurs ou fautes qui auraient pu être commises sur intervention par l'ISP, dans sa prise en charge paramédicale (utilisation d'un protocole ou autre) ?

Monsieur B. : L'ensemble des protocoles est complètement cadré donc...euh...sur l'ensemble des feuilles bilans il y a différents feuillets : le feuillet patient, le feuillet utilisation de stupéfiant ou autre médicament et le troisième, tout retourne à la direction et l'on fait une relecture systématique de l'ensemble de l'intervention. Donc s'il y a des éléments qui ne nous semblent pas claires, ou manque d'éléments nous prenons contacte avec l'agent concerné.

Monsieur F. : Donc il n'y a jamais eu « d'accident » parce qu'un infirmier n'aurait pas suivi un protocole ?

Monsieur B. : A mon sens non ce n'est jamais arrivé. Il n'y a pas eu d'aggravation. Les protocoles sont tellement cadrés entre guillemets on ne peut pas en sortir. Les personnes sont uniquement habilitées à mettre en œuvre un protocole sur les signes cliniques qu'ils observent : les protocoles sont faits en fonction des signes cliniques. Mis à part l'hypoglycémie qui est prouvée par dextro etc etc. C'est vraiment bordé.

Monsieur F. : Avec l'étude qui a été menée et le résultat qui en est ressorti, au niveau de la volonté des infirmiers à vouloir passer de la « procédure » au « protocole », est-ce qu'il existe un cadre, ou bien quel cadre juridique permettrait à ces infirmiers d'évoluer si la protocolisation venait à se démocratiser ? Pourrait-on parler de « pratiques avancées pour l'infirmier » ?

Monsieur B. : En fait ce n'est pas aller plus haut, car l'on fera exactement la même chose qu'avant, mais on s'offrira plus d'autonomie. Et donc en fait la quadripartie parle de « protocoles » et non pas de « procédures ». Nous si en fait on avait des procédures, c'est dû à l'histoire du département. On a travaillé avec le SAMU de Nantes il y a 10 ans ; donc maintenant on a 10 ans de recul sur notre activité.

Monsieur F. : Donc c'était vraiment pour intégrer le SAMU/SMUR en tant que partenaire dans la prise en charge ?

Monsieur B. : Vous savez, on est toujours dans la mutualisation et le fait d'être partenaire. Vous avez pu voir l'étude, et le nombre de patients impliquées dans celle-ci. C'est d'une part pour rassurer mais aussi pour aider les autres départements qui pourraient se dire on commence mais du coup on est un peu frileux. A côté ils parlent d'une étude avec plus de 3500 patients ...oui d'accord faut que les gens soient formés mais dans l'étude ces gens sont formés aussi. Ce n'est pas parce que les gens ont leur diplôme qu'ils iront dès demain sur le terrain : il y a tout un cursus de formation derrière, l'étude elle le dit bien, les gens sont formés, on a 10 ans de recul sur la Loire-Atlantique sur le protocole antalgie.

Monsieur F. : Cette sorte de « pratique avancée » viendrait t'elle à évoluer pour d'autres protocoles ou un tout autre type de prise en charge, qui serait actuellement réservé au SMUR par exemple ?

Monsieur B. : Peut être l'avenir en effet tout comme les modèles Anglo-Saxons ou américains. Mais bon c'est au niveau national et donc politique...que de tel décision seront prises et si cela est acté, il faut que des deux côtés cela se mette en place parce que, si le mot est « lâché » : Paramédics, il y aura peut-être en effet d'autres...on a l'expérience dans le 44, depuis 10 ans, de faire des protocoles, et si demain on dit qu'il y a des Paramédics, je pense qu'il faut que l'on utilise les infirmiers SP qui ont leur expérience et en leur apportant encore quelques connaissances et protocoles supplémentaires pour pouvoir prendre en charge encore plus de situations ; mais il faut aussi que l'hôpital s'organise en « Trauma Center ».

Monsieur F. : Du coup qu'est-ce qui bloque actuellement cette évolution : les politiques, les médecins urgentistes ?

Monsieur B. : Déjà les traumas center, on n'a pas, parce qu'il y a d'abord les lobbies et puis d'un côté les Pompiers, de l'autre SAMU de France.

En Allemagne ce qui a fait basculer la tendance, c'est qu'il ya eu une loi, comme quoi, alors je n'ai pas le chiffre en tête, mais comme quoi chaque Allemand devait être à moins de x minutes d'une prise en charge. Et en fait, une fois que la loi a été votée, ils ont pris la carte de l'Allemagne, et ils ont fait des cercles de x minutes et au milieu du cercle ils ont mis un hélico. Donc il y a aussi des histoires de fonds publics, fonds privés.

Monsieur F. : Vous parliez de « Trauma Center », qu'est-ce que véritablement cette structure ?

Monsieur B. : C'est comme dans « Urgences » (*NB : série américaine des années 90, nous immergeant dans le quotidien des équipes médicales et paramédicales d'un service d'urgences type trauma center*), quand vous arrivez il y a tous les spécialistes (chirurgien, réanimateur...) qui sont mobilisables en tout temps à l'arrivée d'une ambulance pour prendre en charge le patient. C'est-à-dire que nous les blocs opératoires ils tournent non-stop mais ton chir cardio, ton chir vasculaire...ils sont en train d'opérer des programmés ou urgences alors que un trauma center l'équipe médicale est là prête à intervenir. Pour Nantes, le CHU possède un bloc opératoire des urgences où le patient peut directement aller si besoin, amener par une équipe pré-hospitalière, mais au niveau du département c'est le seul. Cela veut dire que la paire « Paramédics-Trauma Center » à l'échelle d'un département doit être en adéquation.

Monsieur F. : Pour nous alors maintenant, quelle serait la prochaine étape ? Y en aurait-il une concernant l'avancée de ce prise en charge de l'avant par l'infirmier ?

Monsieur B. : Pour l'instant nous avons encore à disposition les médecins, cela durera t-il ? Depuis 10 ans cela avance mais pour l'instant nous avons encore la ressource d'envoyer des SMUR sur le terrain et il peut être intéressant d'envoyer un médecin. Le modèle Anglo-Saxon est ce qu'il est mais le notre a également ses avantages. Néanmoins, nous sommes encore un des seuls pays à ne pas faire comme les autres. Malgré tout les deux systèmes « fonctionnent ».

Il vaudra mieux, si nous passons un jour à ce modèle-ci, utiliser comme nous le disions tout à l'heure, les infirmiers pompiers en leur apportant une formation supplémentaire plutôt que de repartir d'une formation de A à Z. La polyvalence de l'infirmier peut être intéressante sur le terrain par rapport à un infirmier formé uniquement à l'urgence.

Monsieur F. : Je reviens sur les rôles et missions des ISP et notamment sur leur rôle avant et après l'arrivée d'un SMUR sur intervention ?

Monsieur B. : Avant l'arrivée d'un SMUR cela va être de dire qu'en effet il me faut un renfort médical et « stabiliser » la situation en mettant en œuvre les gestes d'urgences appropriés avant l'arrivée du médecin et dès que le SMUR est là, sur une intervention lourde avec un patient, le VLI rentre disponible. Sur un sinistre impliquant plusieurs blessés, les transmissions sont effectuées au SMUR et l'ISP reste à prendre en charge certains patients en accord avec le médecin du SMUR et les besoins. Il faut mutualiser et être en complémentarité. Il peut également arriver que toutes les équipes SMUR soient en intervention alors un médecin des urgences se rend disponible si un appel parvient pour un ACR par exemple et en parallèle, un VLI est déclenché et les deux entités se rejoignent afin de former un « SMUR blanc/rouge ».

Monsieur F. : J'en ai donc maintenant terminé, avez-vous quelques remarques à ajouter ?

Monsieur B. : Je n'en vois pas non.

Monsieur F. : Merci beaucoup de m'avoir accordé cet entretien.

Monsieur B. : J'espère que ça va aller pour synthétiser tout ça !

Monsieur F. : Il va bien falloir. En tous les cas, merci à vous, bonne soirée, au revoir.

Monsieur B. : Au revoir, à bientôt.

ANNEXE VI

Questionnaire à destination des ISPV du SDIS 44

Réalisation du Travail de Fin d'Etude

Etudiant en 3^{ème} année au sein de l'IFSI du CHU de Nantes, j'ai dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude à réaliser une enquête auprès de professionnels ; ce pourquoi je me permets de faire appel à vous à travers ce questionnaire.

L'objet de mes recherches porte en effet sur l'activité de l'ISP dans sa prise en charge en pré-hospitalier. Je m'intéresse plus particulièrement au développement potentiel de son autonomie dans cette prise en charge.

Vous remerciant pour toute l'aide que vous pourrez m'apporter dans ce travail. FRADIN Jordan.

P.S : Dans la mesure du possible il serait souhaitable que je puisse récupérer ces questionnaires au plus tard pour le **Vendredi 15 Mars 2013**, soit par courrier interne adressé en mon nom au **CIS St Herblain**, soit par mail à : jordan.fradin@gmail.com

1. Statut et Expérience :

1.1 Depuis combien de temps êtes-vous ISPV ?
.....

1.2 Etiez-vous SP auparavant ?.....Si oui, depuis combien de temps ?.....

Êtes-vous formateur PISU ?.....

1.3 Pourquoi vous êtes-vous engagé chez les SP en plus de votre activité professionnelle ?
.....
.....
.....

2. La protocolisation et vous :

2.1 Comment, sur intervention, jugez-vous de la nécessité de la mise en œuvre d'un protocole ?
.....
.....
.....
.....

2.2 Les protocoles établis au sein du SDIS44 vous paraissent-ils adaptés en regard de votre formation (FIA et formations continues) et au terrain/contexte d'intervention ? Si non, pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

2.3 Rencontrez-vous des limites quant à l'application ou non d'un protocole sur intervention ? Si oui, quelles sont-elles ?

.....
.....

2.4 Voyez-vous une/des différences entre une « procédure » et un « protocole » ? Si oui, la/lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

2.5 L'actuel « protocole » antalgie mis en place pour le VLI44 pourrait être revu sur souhait des ISP (cf. étude de 2012 au sein du SDIS 44 : « Etude rétrospective de l'antalgie extra hospitalière protocolisée appliquée par des infirmiers de sapeurs pompiers »). Quelle est votre opinion sur ce point ?

.....
.....
.....
.....
.....

2.6 Selon vous, d'autres protocoles, en sus de ceux existant, pourraient-ils être envisagés ? Si oui, lequel/lesquels et pourquoi ?

.....
.....
.....

2.7 Que pensez-vous du développement des compétences (« pratiques avancées ») IDE dans votre activité pré-hospitalière ? Expliquez ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Evolution de l'activité :

3.1 Des formations supplémentaires vous paraîtraient-elles intéressantes et justifiées dans votre exercice ? Lesquelles ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

3.2 Selon vous, quels pourraient être les freins au développement de pratiques avancées pour l'ISP ?

.....
.....
.....

4. Suggestions :

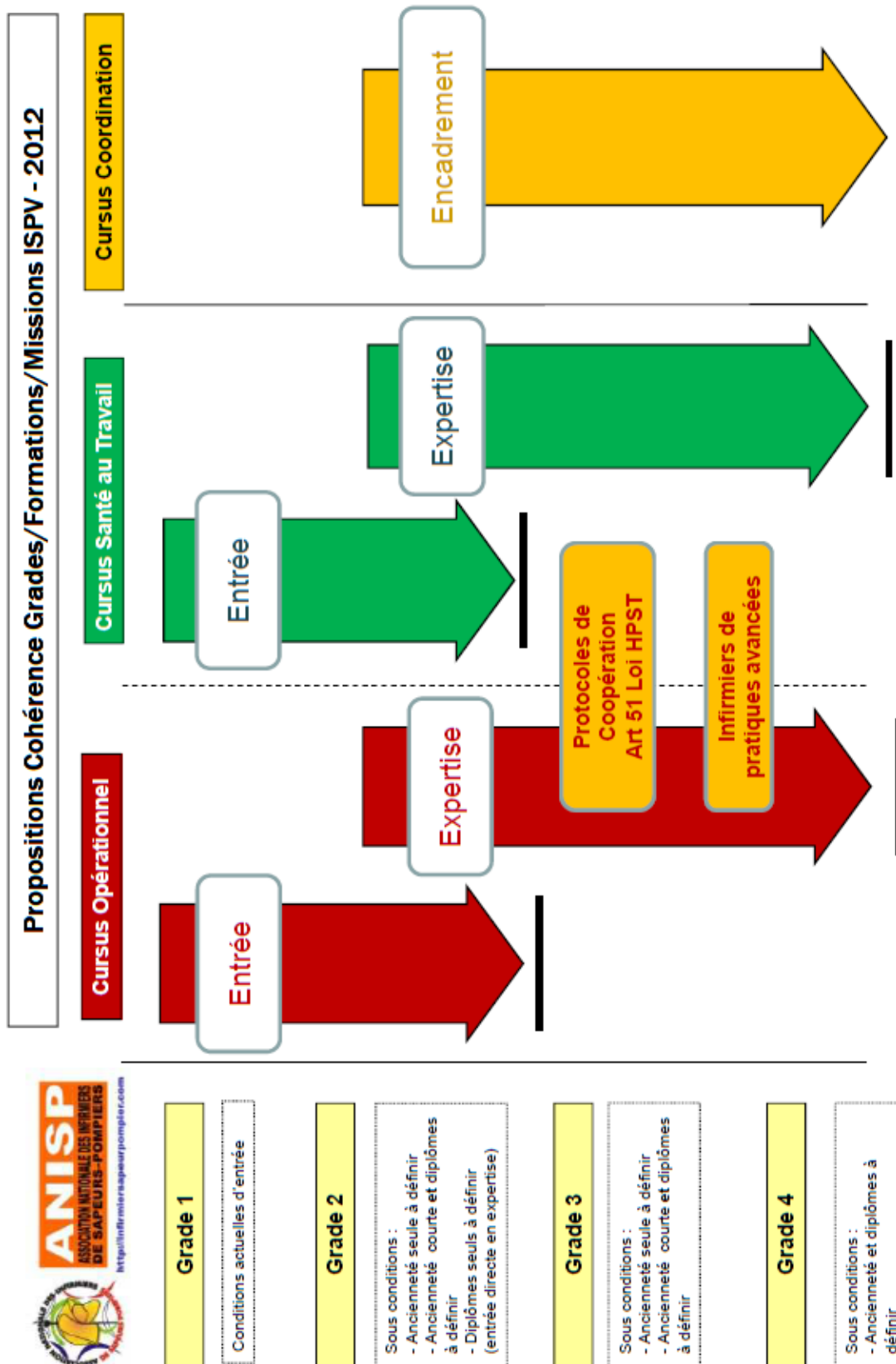
4.1 Avez-vous des remarques ou informations complémentaires à ajouter ?

.....
.....

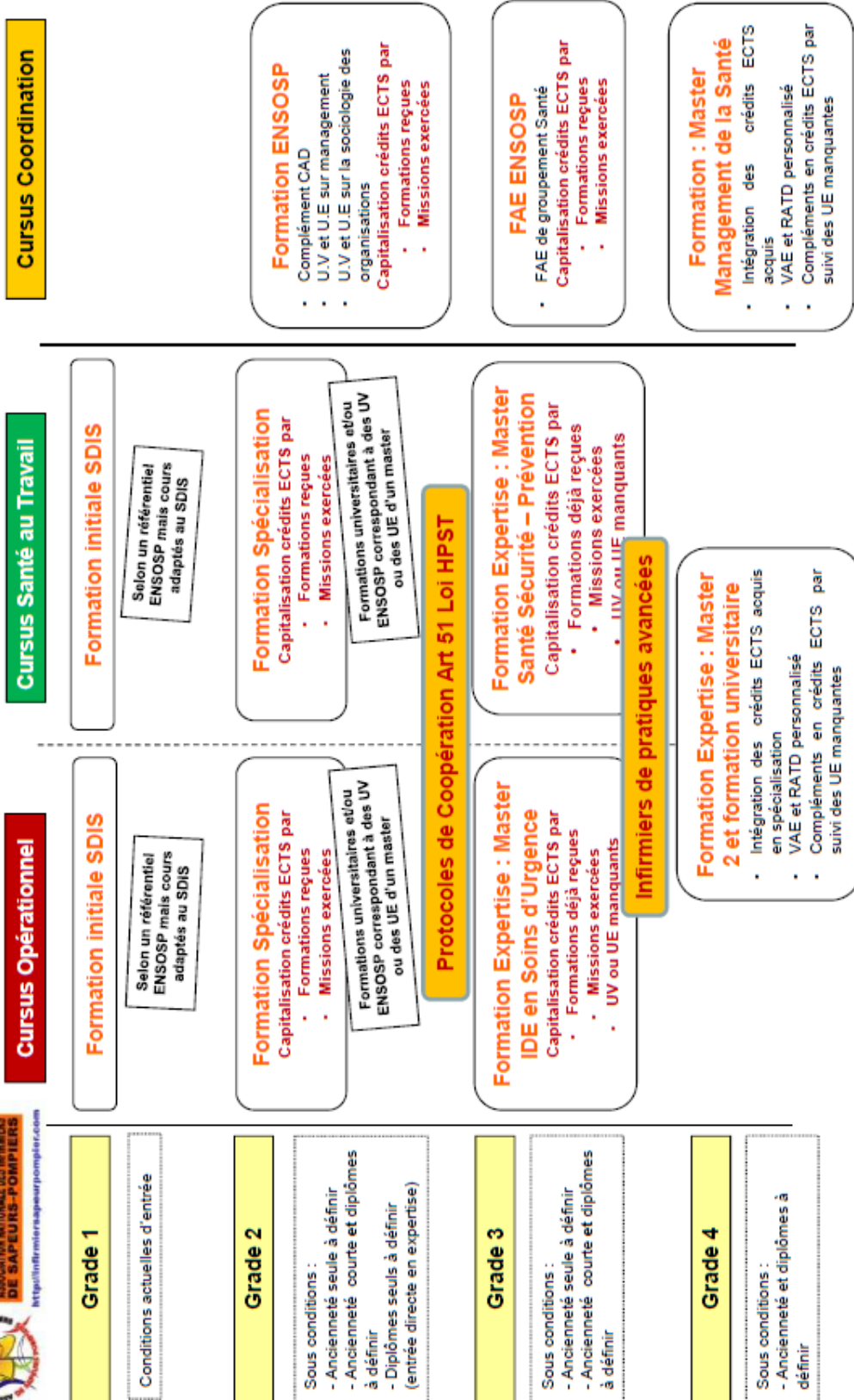
Merci de votre collaboration.

ANNEXE VII

Propositions Cohérence Grades/Formations/Missions ISPV



Propositions Coherence Formations/Missions ISPV - 2012



ABSTRACT

Currently, emergency intervention is organized around structures that allow a direct response to the emergency needs of the population. Among them are the Emergency Medical Service and the Fire Department. Their efforts are made thanks to the implementation of professional paramedics riding in specially equipped vehicles. This activity, involving the implication of volunteer firefighters nurses, is rather recent. What can be said about the current state of those methods involving these volunteers? How does one measure their individual range of actions in cases when patients are taken care of outside hospitals? And finally, what does it tell us about the necessary changes that will take place regarding the training of these volunteers, in which direction is it going to be heading to? In an attempt to answer these questions, a study was conducted taking into consideration approximately 80 volunteer nurses part of the emergency medical response team within the Fire Department of Loire-Atlantique. The goal of the study was to identify the feelings of these volunteers (also called VFN), their expectations and views regarding their career and finally the evolution of their activity and methods over the last few years. 27.5% was the response rate obtained through the study (about 22 volunteers). An interview was also conducted with professional firefighter nurses in order to design the questions for VFN.

The result of this study, which focuses on the specific responsibility given to the VFN in the Emergency medical response team, will vary and will be based on different criteria. One among many will be the phenomenon called medical desertification and the on-going cuts on the budget dedicated to the emergency department. The volunteer nurse is therefore faced with higher responsibilities and more tasks to complete ; In fact, a whole new set of skills is required and developed on a pre-existing basis. The request arising from these volunteer nurses in response to this evolution is mainly based on a desire to receive a comprehensive training and develop intervention protocols (or extending the ones already in used such as pain). However, the medical field still in struggle, the indeterminate status of the volunteer firefighters as well as the evolution of the fiscal policies still delay and prevent these volunteers from the ability to be autonomous and independent.

Could we imagine in a near future an emergency medical rescue team following the Anglo-Saxon model ?

Key words: nurse, firefighter, emergency, protocol, autonomy, independence, prehospital, advanced practice, rescue, volunteering.

RESUME

A l'heure actuelle, la médecine d'urgence s'organise autour de structures permettant une réponse aux demandes de secours de la population. Parmi elles, les SAMU et les SDIS. Ces derniers y concourent notamment avec la mise en place d'infirmiers protocolés à bord de véhicules spécialisés. Cette récente activité d'ISP est en constante évolution. Quel état des lieux de l'activité pouvons-nous faire à ce jour ? Comment se manifeste leur autonomie dans la prise en charge de patients en extrahospitalier et quel tournant est-elle amenée à prendre dans les années futures ? Pour tenter d'explorer ces pistes, nous avons mené une étude auprès de 80 ISPV du SDIS 44 afin de recenser leurs ressentis, leurs attentes et leurs avis sur l'évolution de leur activité. Un taux de réponse de 27,5 % a été recueilli, soit 22 ISP. Un entretien a également été mené avec un ISPP, afin de préparer les questionnaires à destination des ISPV.

Cette réponse graduée, qu'est l'intervention de l'ISP dans la chaîne des secours, fait suite à divers facteurs. Nous y retrouvons entre autre la désertification médicale ou bien encore les budgets alloués à notre système de secours se réduisant à mesure du temps. L'infirmier se voit donc confier davantage de responsabilités, de tâches ; en somme, un ensemble de compétences nouvelles ou développées sur une base préexistante. La demande émergeant de ces infirmiers concernant cette évolution s'appuie majoritairement sur un souhait de formations et de nouveaux protocoles d'intervention (voire l'élargissement de certains déjà employés : comme la douleur). Cependant, l'opposition à différents degrés du corps médical, le statut de volontariat des ISP, les politiques budgétaires... ralentissent encore l'autonomisation de ces infirmiers.

Une paramédicalisation des secours « à l'anglo-saxonne » est-elle néanmoins en route ?...

Mots-clés : infirmier, sapeur-pompier, urgence, protocole, autonomie, indépendance, pré hospitalier, pratiques avancées, secours, volontariat.

