

**Mickaël BARDOUX**

# **L'infirmier Sapeur Pompier et la prise en charge des adolescents suicidants**

**« Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier 2006 »**



**Ecole Santé Social Sud Est  
20, Rue de la Claire  
69337 LYON Cedex 09**

**Promotion 2003/2006**

*« Je cherche la voie des mots qui soulagent.  
Je cherche les larmes, les cris de mon cœur.  
Je cherche la voix pour les faire sortir... »*  
*UNE ADOLESCENTE*

# REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les Infirmiers Sapeurs Pompiers qui ont accepté de participer à mes entretiens.

Je remercie également Madame N....., Formatrice à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Ecole Santé Social Sud Est, pour m'avoir conseillé et accompagné lors de la réalisation de cet écrit.

Enfin je remercie tout particulièrement mes proches pour leur soutien, leurs encouragements et les relectures de ce travail.

# GLOSSAIRE

**SP** : Sapeur Pompier

**ISP** : Infirmier Sapeur Pompier

**SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours

**SSSM** : Service de Santé et de Secours Médical

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SPP** : Sapeur Pompier Professionnel

**SPV** : Sapeur Pompier Volontaire

**VSAV** : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

**ENSOSP** : Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs Pompiers

**CUMP** : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

**CTA** : Centre de Traitement de l'Alerte

**CSP** : Centre de Secours Principal

**CS** : Centre de Secours

**CPI** : Centre de Première Intervention

**AFPS** : Attestation de Formation aux Premiers Secours

**CFAPSE** : Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Equipe

**CFAPSR** : Certificat de Formation Aux Premiers Secours Routiers

**CESU** : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

**DSA** : Défibrillateur Semi Automatique

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>SITUATION D'APPEL.....</b>	<b>7</b>
<b>CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>8</b>
<b>1) L'ORGANISATION DES URGENCES EN FRANCE.....</b>	<b>9</b>
1-1) <i>Définition de l'urgence</i> .....	9
1-2) <i>La gestion de l'urgence</i> .....	9
<b>2) LA FAMILLE FRANÇAISE DES SAPEURS POMPIERS.....</b>	<b>10</b>
2-1) <i>Un peu d'histoire</i> .....	10
2-2) <i>Les Sapeurs Pompiers actuels</i> .....	10
2-3) <i>Le recrutement</i> .....	11
2-4) <i>La formation</i> .....	12
2-5) <i>Les missions</i> .....	12
2-6) <i>La carrière</i> .....	13
<b>3) LES INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS.....</b>	<b>13</b>
3-1) <i>Légitimité statutaire</i> .....	13
3-2) <i>Le recrutement et la formation</i> .....	13
3-3) <i>La carrière</i> .....	14
3-4) <i>Les rémunérations</i> .....	14
3-5) <i>Le champ d'activité</i> .....	14
3-6) <i>Le travail sur protocole</i> .....	16
3-7) <i>Les responsabilités de l'Infirmier Sapeur Pompier</i> .....	16
3-8) <i>La notion de compétence</i> .....	16
<b>4) LE SUICIDE.....</b>	<b>17</b>
4-1) <i>Définition des termes</i> .....	17
4-2) <i>Le concept de crise</i> .....	18
4-3) <i>Le processus suicidaire</i> .....	19
4-4) <i>Signes avant coureurs d'une tentative de suicide</i> .....	19
<b>5) PRESENTATION DE LA POPULATION CIBLE : LES ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS.....</b>	<b>21</b>
5-1) <i>Définition de l'adolescence</i> .....	21
5-2) <i>Epidémiologie</i> .....	21
5-3) <i>Argumentation du choix de la portion 15-19 ans</i> .....	21
5-4) <i>Facteurs déclenchants</i> .....	22
5-5) <i>Origine des conflits à l'adolescence</i> .....	22
5-6) <i>Le rôle de l'écoute dans l'étayage de l'adolescent</i> .....	23
5-7) <i>La recherche de la sécurité à l'adolescence</i> .....	23
5-8) <i>Principes généraux de la prise en charge des adolescents suicidants</i> .....	23
5-9) <i>Problèmes soulevés par une tentative de suicide chez l'adolescent</i> .....	25
<b>L'ENQUÊTE.....</b>	<b>26</b>
<b>1) LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....</b>	<b>27</b>
1-1) <i>La sélection des terrains d'enquête</i> .....	27
1-2) <i>La population concernée</i> .....	27
1-3) <i>Présentation de la méthode utilisée</i> .....	27
1-4) <i>Intérêts et limites de la méthode utilisée</i> .....	28
<b>2) TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....</b>	<b>29</b>
2-1) <i>Analyse descriptive</i> .....	29
2-2) <i>Analyse interprétative</i> .....	41
<b>3) SYNTHÈSE ET PISTES DE REMEDIATION.....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>53</b>

# INTRODUCTION

L'organisation des secours en France a toujours été en constante évolution, ainsi la prise en charge des urgences a connu un développement certain avec au final la mise en place d'un travail de collaboration entre différents professionnels (secouristes, pompiers, médecins, infirmiers...) donnant naissance au concept de chaîne des secours respectant les compétences de chaque intervenant dans un souci d'optimisation de la prise en charge des situations d'urgence.

C'est ainsi que les Infirmiers Sapeurs Pompiers se développèrent dans un certain nombre de départements. Ces derniers apparurent pour la première fois dans des régions souvent rurales et éloignées des hôpitaux donc des SMUR<sup>1</sup>. L'idée fut donc de trouver un moyen de gagner en efficacité et d'utiliser des professionnels avec des compétences et un savoir qu'ils pourraient mettre en œuvre de manière rapide et efficiente, au service de l'urgence pré hospitalière.

Après plusieurs mois d'organisation et de mise en place de cette profession il est intéressant de constater combien les Infirmiers Sapeurs Pompiers peuvent apporter aux pompiers, aux patients mais également combien les patients et les pompiers peuvent apporter aux Infirmiers Sapeurs Pompiers.

C'est ainsi que, comme il est expliqué dans la situation d'appel, il me semble intéressant de faire émerger un questionnement de départ relatif à la manière dont l'Infirmier Sapeur Pompier peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le domaine des urgences pré hospitalières et plus particulièrement de l'adolescent ayant effectué une tentative de suicide.

Ainsi 150 000 garçons et filles, âgés de 15 à 25 ans, attendent à leurs jours en France chaque année. 150 000 jeunes qui voulaient dire quelque chose, et autant d'excuses pour ne pas les avoir écoutés. Bien évidemment, ces chiffres ne tiennent compte ni des tentatives passées sous silence par convenance religieuse ou morale, ni des conduites à risques par lesquelles certains adolescents nous fournissent une cause objective à leur trépas.

Repérer chez un adolescent un profil prédictif au suicide (aujourd'hui la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge), être capable de désigner un adolescent à risque, cerner les situations propres à générer un tel acte, voilà une idée longtemps caressée par les scientifiques.

Si tous les adolescents suicidaires étaient des déprimés, si leur trouble répondait aux antidépresseurs, les choses seraient si simples... Mais il n'en est rien et voilà tout le problème.

Des idées noires de l'adolescent au suicide, il n'y a qu'un monde, une évolution, ou plutôt une trajectoire...

---

<sup>1</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

## **SITUATION D'APPEL**

Au cours de mon activité de Sapeur Pompier volontaire, étalée sur plusieurs années, au sein des Centres de Secours de BULLY et de L'ARBRESLE (communes de l'ouest lyonnais situées à 10 Kilomètres de l'actuel Grand LYON), j'ai pu effectuer certaines interventions d'assistance à des mineurs ayant fait des tentatives de suicide. Ces interventions ont été effectuées au sein d'une équipe de 4 sapeurs pompiers à bord d'un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes, comme le prévoit la législation en vigueur. Les tentatives de suicide chez l'adolescent peuvent recouvrir diverses formes allant de la tentative de suicide médicamenteuse à la tentative plus violente de type défenestration.

Une situation particulière m'a interpellé : celle-ci s'est déroulée au sein d'un collège dans lequel une élève s'est défenestrée du 3<sup>ème</sup> étage après plusieurs hésitations. Notre équipe de Sapeurs Pompiers est intervenue 5 minutes après cet acte. Elle a été confrontée à la gestion particulièrement difficile de ce type d'intervention, à savoir le dialogue avec la patiente, la gestion des traumatismes physiques et psychiques, la gestion des autres collégiens et collégiennes ainsi que de l'équipe enseignante. Les Pompiers semblaient fortement concentrés sur la patiente et presque uniquement sur ses traumatismes physiques, la responsabilité du dialogue reposait sur la personne, effectuant le maintien de tête qui à l'accoutumé doit parler avec le patient (dans le cas présent, c'était mon rôle).

Ce type de situation est en relation avec un problème d'actualité (les tentatives de suicide chez l'adolescent représentent la deuxième cause de mortalité chez les jeunes), avec une dimension des soins puisqu'il s'agit bien d'une prise en charge avec parfois de multiples aspects si le patient est victime d'un traumatisme en plus de sa détresse psychique.

Cette intervention a fait émerger chez moi une interrogation concernant une certaine optimisation de la prise en charge d'adolescent effectuant une tentative de suicide et de la façon dont l'Infirmier Sapeur Pompier pourrait, grâce, à ses compétences, ses valeurs personnelles, prendre en charge avec ses collègues sapeurs pompiers, ces patients.

Dans cette optique de recherche, il me paraît intéressant de travailler sur la prise en charge, par l'Infirmier Sapeur Pompier de la tentative de suicide chez l'adolescent.

Ainsi j'ai pu voir émerger une problématique sous la forme d'une question :

**Quelles compétences l'Infirmier Sapeur Pompier peut-il mettre en œuvre dans la prise en charge d'une tentative de suicide chez un adolescent ?**

# CADRE CONCEPTUEL

CADRE CONCEPTUEL

## 1) L'organisation des urgences en France

### 1-1) Définition de l'urgence

Selon le dictionnaire Larousse l'urgence se définit comme «une chose dont on doit s'occuper sans retard ». L'urgence représente une situation imprévue qui demande une prise en charge immédiate.

### 1-2) La gestion de l'urgence

En France, les urgences sont gérées par différents intervenants, selon la gravité et la nature de celles-ci. En effet les premiers acteurs sont les Sapeurs Pompiers, puis nous retrouvons des équipes médicalisées du Service d'Aide Médicale Urgente.

La loi du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale urgente et ses décrets d'application mettent en place dans chaque département, un centre de réception et de gestion des appels médicaux urgents, le SAMU<sup>2</sup>, et ses moyens d'intervention pour faire face à la demande, tels les SMUR<sup>3</sup> pour les urgences les plus graves<sup>4</sup>. Le SAMU est caractérisé par :

- un numéro téléphonique simplifié : le 15,
- La présence permanente d'un médecin régulateur,
- La tenue à jour permanente de l'ensemble des moyens de secours disponibles,
- Des moyens techniques élaborés permettant l'enregistrement des communications téléphoniques, l'identification de l'appelant, des liaisons rapides avec les autres acteurs de l'urgence,
- Un personnel d'aide à la régulation (PARM<sup>5</sup>),
- Un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation qui dispose d'une ou de plusieurs équipes médicales, de moyens de transport (Véhicule radio médicalisé, Unité Mobile Hospitalière, hélicoptère.)

Les autres acteurs de l'urgence sont :

- les médecins généralistes qui sont tenus de s'organiser pour assurer une garde permettant de faire face aux urgences médicales de la ville ou de la commune.
- Les sapeurs pompiers qui sont implantés sur l'ensemble du territoire. Ils disposent de véhicules adaptés au transport des blessés : les VSAV<sup>6</sup>, armés en général par 4 pompiers.

---

<sup>2</sup> Service d'Aide Médicale Urgente.

<sup>3</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

<sup>4</sup> Nouveaux cahiers de l'infirmière, Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine, édition MASSON.

<sup>5</sup> Personnel d'Aide à la Régulation Médicale.

## 2) La famille Française des Sapeurs Pompiers

### 2-1) Un peu d'histoire

Les principaux dictionnaires définissent les Sapeurs Pompiers, au sens général, comme « *des hommes chargés de porter secours en cas d'incendie ou de sinistres...* »

Face aux dégâts toujours plus nombreux engendrés par le feu, des groupes de personnes s'organisèrent, et ce à partir du moyen âge. Il y avait d'une part les chefs (magistrats, lieutenants, commissaires...) et d'autre part les « pompiers » citadins disponibles, faciles à rassembler. A Lyon c'est en 1565 qu'une ordonnance royale désigna 12 maîtres charpentiers, six sur chaque rive, qui entretiendront chacun 5 hommes toujours prêts à partir au feu.

Plus tard la mise en place progressive de pompes à bras imposa la création de pompiers, terme réservé à l'origine à ceux qui étaient chargés de l'entretien de ce matériel fragile.

Le 20 mai 1955 le gouvernement créa les Services Départementaux d'Incendie et de Secours. Chaque commune se trouva alors rattachée à un centre de premier appel et à un centre de second appel, témoin d'un souci de travail organisé dans le but d'assurer une réponse de plus en plus adaptée à l'urgence.

Les Sapeurs Pompiers virent leurs missions s'élargir progressivement avec l'introduction des premiers Véhicules de Secours aux Asphyxiés et Blessés.

Enfin une étape importante fut franchie avec la loi du 6 février 1992 sur l'administration territoriale qui centralise la gestion des moyens de secours au niveau départemental : c'est la départementalisation des moyens en hommes, en matériels.

Aujourd'hui les appels pour incendie ne représentent que 9% des interventions.

### 2-2) Les Sapeurs Pompiers actuels

On dénombre 240 000 Sapeurs Pompiers dont :

- 207 000 Sapeurs Pompiers Volontaires,
- 27 500 Sapeurs Pompiers Professionnels,
- 9000 Sapeurs Pompiers Militaires.
- 8000 membres du Service de Santé et de Secours Médical. (médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires.)

En France il y a 3,5 millions interventions par an soit une toutes les 9 secondes.

---

<sup>6</sup> Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes.

Ils sont sous tutelle du Ministère de l'Intérieur sauf la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris et le Bataillon des Marins Pompiers de Marseille qui dépendent du ministère de la défense.

L'organisation administrative est très schématique, elle se déroule comme suit :

## **Ministère de l'intérieur**

□

### **D.D.S.C.**

Direction de la Défense et de la Sécurité Civile

□

### **C.I.R.C.O.S.C.**

Centre InterRégional de COordination de la Sécurité Civile

□

### **S.D.I.S.**

Service Départemental d'Incendie et de Secours

□

### **Groupements**

□

**Centres d'Incendie et de Secours (CIS)**

□

**Centres d'Interventions (CI)**

## **2-3) Le recrutement**

- Sapeur Pompier Volontaire :
  - Homme ou femme âgés de 16 à 45 ans,
  - Satisfaire aux conditions de moralité (casier judiciaire vierge) et d'aptitude médicale,
  - Satisfaire à la sélection du service d'accueil,
  - Etre en règle avec les obligations du service national.

- Sapeur Pompier Professionnel :

Il se fait par le biais de concours organisés par les Services Départementaux d'Incendie et de Secours. Les épreuves de sélection sont constitués par :

- Des épreuves sportives et physiques,
- Des épreuves écrites,

- Des épreuves orales pour les candidats ayant satisfaits aux épreuves écrites.

Les candidats ayant réussit le concours sont inscrits sur une liste d'aptitude valide pendant trois ans.

Peuvent se présenter au concours :

- les personnes de nationalité Française, âgées de 17 à 24 ans devant jouir de leurs droits civiques et en position régulière par rapport au service national,
- Etre titulaire d'un CAP, d'un BEP ou d'un BEPC ou être sapeur pompier volontaire depuis plus de trois ans.

#### **2-4) La formation**

- Sapeur Pompier Volontaire :

Une fois recruté le volontaire est nommé Sapeur Pompier 2<sup>ème</sup> classe stagiaire durant 1 an, période pendant laquelle il devra suivre un certain nombre de formations :

- FIA : Formation Initiale d'Aptitude (apprentissage de la lutte contre l'incendie et des activités de sauvetage),
- AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours,
- CFAPSE : Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Equipe, diplôme nécessaire pour pouvoir monter à bord d'un VSAV.

- Sapeur Pompier professionnel :

La formation est sensiblement pareille que pour les volontaires, les stagiaires ayant réussi leur concours entrent à l'Ecole Départementale des Sapeurs Pompiers pour y suivre une formation de base. A l'issue de cet apprentissage, ils sont nommés Sapeurs Pompiers Professionnels de 2<sup>ème</sup> classe, agents de la fonction publique de catégorie C.

#### **2-5) Les missions**

Les sapeurs pompiers ont pour missions la protection des personnes, de leurs biens et de l'environnement. Ainsi ils réalisent plus de 3,5 millions d'interventions par ans portant sur :

- Du secours à personne,
- Des accidents de la circulation,
- Des incendies,
- Des opérations liées à l'environnement,
- Des interventions diverses.

## **2-6) La carrière**

Les Sapeurs Pompiers peuvent monter en grade, (hommes du rang, sous officiers, officiers) sous réserve de suivre les formations indispensables. De même au fur et à mesure de l'avancement, ils peuvent occuper des places d'encadrement et de formation, lors de formations initiales et continues.

Certains se spécialisent dans des domaines spécifiques, tels que les catastrophes chimiques, radiologiques, le secours en milieu périlleux, le sauvetage déblaiement, ou le secours aquatique.

## **3) Les Infirmiers Sapeurs Pompiers**

### **3-1) Légitimité statutaire**

Le décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours (Décret d'application de la loi du 3 mai 1996 portant sur la départementalisation), pose une base statutaire pour les infirmiers sapeurs-pompiers en stipulant leur appartenance au Service de Santé et de Secours Médical via l'article 25.

### **3-2) Le recrutement et la formation**

Les infirmiers diplômés d'état peuvent être engagés en qualité d'Infirmiers de Sapeurs Pompiers volontaires ou professionnels. L'obtention du diplôme d'Infirmier Sapeur Pompier Volontaire est soumise aux conditions fixées par l'arrêté du 13 décembre 1999. Son article 29 stipule que la formation initiale de l'infirmier sapeur-pompier constitue en l'obtention d'unités de valeur. Celles-ci sont caractérisées par des modules :

- Module d'observation,
- Module de Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Equipe,
- Module consacré à la connaissance de la défense et de la sécurité civile, des sapeurs pompiers, de leurs missions, du SSSM<sup>7</sup> et des plans de secours,
- Module universitaire de santé publique,
- Module universitaire de soins d'urgence,
- Module d'application pratique,

En pratique, le candidat suit sa formation au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours et du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.

---

<sup>7</sup> Service de Santé et de Secours Médical.

### **3-3) La carrière**

Il existe différents grades selon que l'acteur est ISPV<sup>8</sup> ou ISPP<sup>9</sup>.

- Pour les ISPV :
  - Infirmier,
  - Infirmier chef,
  - Infirmier major.
  
- Pour les ISPP :
  - Infirmier,
  - Infirmier principal,
  - Infirmier chef.

L'obtention des grades d'infirmier chef et d'infirmier major est subordonnée au suivi d'une formation de perfectionnement spécifique à leur grade et fonction, et doivent subir une évaluation basée sur la présentation du poste auquel ils aspirent.

### **3-4) Les rémunérations**

- La rémunération des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires est définie par le décret n°99-1040 du 10 décembre 1999 modifiant le décret n°9661004 du 22 novembre 1996 relatif aux vacations horaires des sapeurs-pompiers volontaires : « le taux de vacation horaire de base applicable aux infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires membres d'un service de santé et de secours médical est égal à celui des officiers. »
- Les infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels sont des officiers du service de santé et de secours médical. Ils appartiennent à la catégorie B de la fonction publique territoriale, il n'est pas prévu de passage en catégorie A pour les infirmiers chefs.

### **3-5) Le champ d'activité**

Leurs missions sont définies par l'article 24 du décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des Services d'Incendie et de Secours, dans des emplois correspondant à leur spécialisation. Les modalités de mise en œuvre de leurs missions étant définies à l'échelon départemental en fonction des spécificités et des impératifs qui s'imposent, sous la forme d'un règlement opérationnel intérieur.

---

<sup>8</sup> Infirmier Sapeur Pompier Volontaire.

<sup>9</sup> Infirmier Sapeur Pompier Professionnel.

- La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers,
- L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires.
- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité,
- Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.
- La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne,
- La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

A noter que la circulaire DSC/10/DC/00356 prévoit explicitement que l'activité incendie n'entre pas dans le champ d'activité des infirmiers sapeurs-pompiers.

Il existe 3 formes d'exercice pour un Infirmier Sapeur Pompier :

- L'infirmier sapeur-pompier sans médecin dont la sphère de compétence est limitée par les prérogatives en secourisme qui lui sont prodigués par la détention de diplômes secouristes, auquel s'ajoutent les gestes infirmiers ne nécessitant pas de prescription médicale et de présence médicale effective (rôle propre infirmier défini par l'article 3 du décret de compétence). La mise en œuvre de gestes paramédicaux pouvant être alors déclenchée sur demande expresse de la régulation médicale ou d'un médecin SSSM qui définira l'opportunité et la nature des thérapeutiques à mettre en œuvre. (Art 2.2.4.B, circulaire DSC/10/DC/00356).
- L'infirmier sapeur-pompier sans médecin mais disposant de protocoles d'urgence dont la sphère de compétence est délimitée par ses compétences secouristes et l'application de procédures définies par les protocoles d'urgence départementaux validés par le médecin-chef du SSSM. (Art 2.2.4.B, circulaire DSC/10/DC/00356). L'infirmier volontaire du SSSM dispose d'une trousse médicale spécifique dont le contenu est déterminé par le chef du SSSM. Cette trousse est sous sa responsabilité directe, il intervient sur le secteur d'intervention de son centre d'intervention en complément de l'équipage du VSAV, peut renforcer l'équipage d'un VSAV déjà sur les lieux d'une intervention.
- L'infirmier en binôme avec un médecin dont les compétences sont limitées par la liste exhaustive des gestes et prérogatives prévues par le décret de compétence (décret n°93-345).

### 3-6) Le travail sur protocole

Le décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier stipule que l'infirmier est habilité à mettre en œuvre des protocoles d'urgence. Ces derniers permettent la réalisation d'actes en l'absence physique du médecin. Dans le cadre de la départementalisation ceux-ci sont signés par le médecin chef départemental et éventuellement le médecin du centre, dans le cadre du Service de Santé et de Secours Médical.

Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de la part de l'infirmier, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier patient.

### 3-7) Les responsabilités de l'Infirmier Sapeur Pompier

- L'infirmier peut engager sa responsabilité pénale par un acte interdit (absence de référence légale, hors de la liste exhaustive des actes délimités par le décret de compétence). De surcroît, l'infirmier est exposé au risque d'un recours pénal pour responsabilité délictuelle. Ainsi le fait de causer (involontairement) à autrui une incapacité par négligence, imprudence ou inobservation des règlements.
- La responsabilité civile résulte d'un préjudice subi par la victime nécessitant réparation. La responsabilité civile de l'infirmier peut être quasi délictuelle ou contractuelle. L'infirmier est responsable des ses actes et gestes propres, des actes et des gestes des personnes qui lui sont subordonnées.

### 3-8) La notion de compétence

Étymologiquement compétence veut dire *competere* : être en état pour. La compétence est l'habilité reconnue d'une personne à effectuer certains actes, à juger ou décider dans tel ou tel domaine ; le petit Robert en donne comme synonyme : capable, maître, expert. La compétence est la manifestation objective, dans un contexte, de savoirs, de pratiques et de caractéristiques personnelles mobilisées, combinées, maillées et adaptées aux situations professionnelles. Elle n'existe que dans l'action et dans l'interaction avec son milieu<sup>10</sup>. Ainsi une personne compétente a les qualités requises pour exécuter une tâche, remplir une fonction.

Comme nous le précise Jean Guy MILLET dans son livre sur la Compétence, « *il existe des bilans de compétence qui donnent à chaque personne les possibilités de :*

- *Développer la confiance en soi, donner du sens à ce qui est vécu,*
- *Faire émerger ses émotions, ses désirs profonds (principe de plaisir), explorer ses potentiels (principe de réalité), valider la faisabilité d'un projet »*

---

<sup>10</sup> La compétence guide de formation, de Jean Guy MILLET, éditions d'organisation.

Il existe 5 niveaux de compétence, comme nous l'explique Patricia BENNER dans son livre :  
de novice à experte :

- Novice,
- Débutant avancé,
- Compétent,
- Performant,
- Expert.

Pour Jean Guy Millet, la compétence est constituée de six facettes :

- La pratique : processus d'actions ou d'opérations observables et pouvant être évaluées. Acte permettant de produire le résultat attendu.
- Le savoir : ensemble de connaissances adaptées, remises en question, il y a les savoirs théoriques permettant de comprendre un phénomène et les savoirs procéduraux qui précisent les modalités du comment, les règles de fonctionnement.
- Les caractéristiques personnelles : Dispositions naturelles ou acquises permettant à une personne d'agir ou de réagir dans une situation, d'une façon qui lui est propre.
- La motivation : ce qui donne de l'énergie et pousse à agir, ce qui détermine les comportements d'une personne.
- Le résultat : il concrétise les bonnes pratiques et réinterroge les autres facettes de la compétence. Le résultat s'observe, se mesure par des indicateurs.
- Le contexte : c'est l'environnement dans lequel s'inscrit la compétence d'une personne et qui aussi la façonne.

## 4) Le suicide

### 4-1) Définition des termes

- Suicide : ce terme peut se définir comme un acte destiné à mettre fin volontairement à sa vie. Il peut être l'acte ultime d'une haine de soi même ou une tentative pour déterminer le moment et les circonstances de sa mort.
- Idées suicidaires : idées passagères de s'enlever la vie, sans plan précis, sans intention sérieuse de mort. Elles sont fréquentes et ont probablement effleuré l'esprit de plusieurs personnes.
- Intention suicidaire : décision d'attenter à ses jours. La personne a décidé de passer à l'acte et a souvent pris des dispositions en ce sens.

- Geste suicidaire : acte auto destructeur incomplet. La tentative est bénigne, la blessure est superficielle. L'appel et/ou le secours proviennent d'un membre de la famille ou de la personne elle-même.
- Tentative de suicide : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir. Geste complété, précis, mais arrêté avant que la mort survienne. La personne est sauvée par hasard.
- Suicidé : individu qui s'est donné la mort volontairement.
- Suicidant : individu qui a réalisé une tentative de suicide.
- Suicidaire : individu ayant des idées ou exprimant des menaces de suicide.

#### 4-2) Le concept de crise

La crise suit un processus : la personne passe d'un état d'équilibre à un état de vulnérabilité ; puis à un état de crise qui consiste en une période de déséquilibre intense.

##### Le concept de crise comporte trois phases :

- Tout d'abord, chaque individu tend généralement à maintenir leur état d'équilibre sur les plans physique et psychologique. C'est ce que l'on appelle l'homéostasie. Lorsque cet équilibre est rompu, l'organisme répond aux situations stressantes par un ensemble de comportements qui lui permettent de maintenir l'homéostasie (comme par exemple en pratiquant un sport, sortir entre amis, prier, se relaxer, pratiquer un hobby...)
- Puis lorsqu'une personne rencontre des obstacles qui l'empêchent d'atteindre cet état de stabilité, on dira alors qu'elle se trouve dans un état de vulnérabilité. A ce stade, elle a épuisé son répertoire de réponses (solutions) habituelles et ne sait plus quoi faire pour se sentir bien et s'en sortir.
- Enfin un évènement supplémentaire peut entraîner un état de crise. Il faut rappeler que l'individu peut revenir à tout moment à l'équilibre lorsqu'une solution est trouvée. Ceci peut empêcher la crise de survenir. Il est important de souligner que les évènements qui provoquent une crise sont multiples et ébranlent différemment les personnes. Donc, les alternatives pour sortir de la crise sont variées et personnelles à chacun.

### 4-3) Le processus suicidaire

Des idéations ou des comportements suicidaires sont l'une des issues possibles d'une crise. La décision de passer à l'acte est rarement instantanée et elle s'inscrit dans un processus.

On peut diviser le processus suicidaire en 5 étapes :

- La recherche de stratégies ou de moyens pour enrayer la crise : la personne fait l'inventaire des différents moyens possibles pour se sentir mieux et s'en sortir. Chacune de ces alternatives est évaluée en fonction des chances qu'elle offre de produire un changement souhaité et d'atténuer la souffrance.
- Le flash suicidaire et l'apparition d'idées suicidaires : au cours de la recherche de l'élimination de solutions, il arrive que la personne considère le suicide comme l'une des solutions susceptibles d'éliminer la souffrance. Le suicide revient régulièrement comme une solution et l'on s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps, élaborant toujours un peu plus les scénarios possibles.
- La rumination de l'idée suicidaire : l'individu rumine le projet suicidaire, ce retour constant et régulier génère une angoisse et un stress qui attisent la souffrance et la douleur.
- La cristallisation et l'élaboration d'un scénario suicidaire : c'est le moment où le suicide apparaît à la personne comme la seule solution susceptible de mettre fin à son désarroi et à sa souffrance.
- L'élément déclencheur et le passage à l'acte : cet événement est souvent la goutte qui fait déborder le vase et il survient au terme d'une longue série de pertes et d'échecs.

Le processus suicidaire est dynamique, il varie selon les personnes et les circonstances. La présence constante de l'ambivalence rend toutefois l'intervention possible, ainsi, nous pouvons tous aider une personne en crise suicidaire à entrevoir d'autres alternatives que la mort.

### 4-4) Signes avant coureurs d'une tentative de suicide

- Messages directs :
  - « Je veux en finir »
  - « La vie n'en vaut plus la peine »
  - « Je ne m'en sortirai jamais »
  - « Je vais me tuer »

- Messages indirects :
  - « Vous seriez mieux sans moi »
  - « Je suis inutile »
  - « Je n'aurai plus de problèmes »
  - « Je ne dérangerai plus personne »
  
- Changements soudains dans les comportements :
  - Isolement,
  - Don d'objets qui lui sont chers,
  - Consommation abusive d'alcool et/ou de médicaments,
  - Parler de la valeur et du courage de ceux qui se suicident,
  - Laisser aller au niveau de l'habillement ou de l'apparence,
  - Emotions qui éclatent soudainement,
  - Manque d'énergie, extrême lenteur.
  
- Signes biologiques :
  - Sommeil irrégulier (longues heures de sommeil ou insomnie),
  - Désordre de l'appétit (mange beaucoup, plus ou très peu),
  - Troubles somatiques (maux de tête, d'estomac)
  
- Signes psychologiques :
  - Tristesse,
  - Anhédonie,
  - Irritabilité,
  - Perte d'estime de soi,

## **5) Présentation de la population cible : les adolescents de 15 à 19 ans**

### **5-1) Définition de l'adolescence**

C'est une période de la vie qui succède à l'enfance et s'étend jusqu'à l'âge adulte. Son début est marqué par la puberté, mais l'apparition de ce phénomène biologique n'est que le commencement d'un processus continu et plus général sur le double plan somatique et psychique et qui va se poursuivre jusqu'à la formation complète de l'adulte. L'adolescence est la dernière chance d'aborder les conflits de l'enfance et de les résoudre de manière spontanée.

### **5-2) Epidémiologie<sup>11</sup>**

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité des 15-19 ans, juste après les accidents de la route.

On estime que près de 150 000 tentatives de suicide ont lieu chaque année. Il en résulte 12 000 décès. Depuis 1970, le suicide a augmenté de près de 30%. Le décès par suicide touche plus les hommes que les femmes, car ils ont plus fréquemment recours à des moyens mécaniques conduisant à une issue fatale. On se suicide plus à la campagne qu'en zone urbaine, les régions payant le plus lourd tribut étant le Nord et le Nord-Ouest. Contrairement à une idée reçue, la période statistiquement la plus propice au suicide n'est pas l'hiver mais le printemps et précisément le mois de mai. Chaque jour trois adolescents se donnent volontairement la mort.

### **5-3) Argumentation du choix de la portion 15-19 ans**

Le suicide à l'adolescence est un phénomène tragique qui ne cesse d'augmenter. Il constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. De plus, le taux de suicide chez les jeunes est sous-estimé puisqu'il ne tient compte que des suicides officiels et exclut ceux déguisés en accidents. Pourquoi des jeunes qui ont toute la vie devant eux sont-ils si désespérés au point de mettre fin à leurs jours? Il demeure difficile de donner une explication simple à cette question. Le suicide à l'adolescence dénote la présence d'un malaise important, c'est un cri de souffrance, de désespoir et d'appel à l'aide. L'explication du suicide ne se trouve pas dans un facteur précipitant mais dans l'histoire passée, le vécu problématique, les conflits antérieurs. Il y a eu une escalade de problèmes, ceux-ci ont commencé très jeune, ils se sont accrus et accumulés avec les années, puis ils ont atteint un point culminant à la période de l'adolescence. Lorsqu'un dernier problème vient s'ajouter c'est la crise suicidaire. Précisons toutefois qu'une crise n'est

---

<sup>11</sup> Chiffres du magazine ADOSEN : l'éducation au service de la santé n°128, janvier 2000

pas toujours suicidaire et qu'elle peut être une occasion de croissance tout comme elle peut dégénérer en crise suicidaire<sup>12</sup>.

#### **5-4) Facteurs déclenchants**

Dans une très forte proportion des cas (85%), les adolescents suicidants ne présentent pas de pathologies mentales. Le plus souvent, si le geste des jeunes semble en réaction à des événements déclenchants plus ou moins importants, (déception sentimentale, rupture, échec scolaire, modification dans la vie familiale...), il traduit une détresse profonde en relation avec leur environnement.

#### **5-5) Origine des conflits à l'adolescence**

Vis à vis des Parents, l'adolescent doit effectuer le "deuil des imago parentales". Le deuil est un processus qui permet de ne pas finir avec ce qui est mort. Il s'agit ici d'une rupture d'avec l'image que les Parents représentent pour l'adolescent. Ce processus se fait en plusieurs étapes. Tout commence avec le retour de ce qui a été refoulé durant la latence, c'est à dire les pulsions infantiles. Ce retour est massif et incontrôlable par l'adolescent, faisant échouer le Moi dans ses tentatives d'équilibre. Il est anxieux, déprimé, dépressif, inhibé. Il fait des actes antisociaux. L'aspect défensif ne réussit pas à retenir l'aspect émotionnel. Le côté oral se traduit par de la boulimie, de l'anorexie, et de l'avidité sur tous les plans. Les pulsions anales reviennent à travers l'agressivité, le "non", modifiant tous ses rapports avec l'ordre, le pouvoir. Retour aussi des pulsions phalliques et oedipiennes, se traduisant par une crise d'originalité autant physique que mentale. Réactivation des pulsions oedipiennes vis à vis des Parents, créant des sentiments de "honte des Parents", afin d'éviter la pulsion par une attitude inverse. Critique de ce que sont les Parents. Plus il se sent dépendant des Parents, plus il sera agressif vis à vis d'eux. Les Parents ne peuvent rien pour l'aider car c'est leur présence même qui crée le conflit.

L'adolescent élabore un roman familial : il existe deux couples de Parents, l'un riche, noble, puissant et protecteur, assimilé à des divinités. Ce sont les Parents du passé, idéalisés par l'Enfant. L'autre couple est humble, commun, soumis aux limites quotidiennes. Ce sont les Parents découverts par l'adolescent. Ces 2 couples de Parents s'affrontent dans l'imaginaire de l'adolescent. Il brode donc un roman familial dans lequel il retrouvera ses droits et privilèges. Cela révèle le processus régressif vers la relation rassurante des premiers temps de l'Enfance et le processus progressif qui permet d'accepter la réalité.

---

<sup>12</sup>Explications de l'article de Madame Ghislaine Bouchard, psychologue, sur le site Internet Psycho média.

Fantasme de changement de rôle : l'adolescent veut prendre la place d'un de ses Parents en usurpant les droits de l'Adulte. Il est Adulte à la place du Père ou de la Mère. Il juge ses Parents, les conseille, les infantilise. Ceci est une condition pour devenir Adulte. L'adolescent s'identifie ainsi à des images de Parents murs.

L'adolescence est la dernière chance d'aborder les conflits de l'enfance et de les résoudre de manière spontanée. Si ces mêmes conflits survenaient par la suite, ce serait du domaine du pathologique. La personne s'y engluerait gravement. D'ailleurs la plupart des pathologies adultes éclosent à l'adolescence. La structure de la personnalité se fait durant les 5 premières années de la vie, mais on peut la remanier à l'adolescence le plus souvent tout seul, c'est à dire avec l'environnement immédiat<sup>13</sup>. Ainsi nous voyons émerger les notions d'écoute et d'étayage.

### **5-6) Le rôle de l'écoute dans l'étayage de l'adolescent**

L'écoute est un outil de soins particulièrement important. Elle offre l'espace/temps dans lequel le patient peut exprimer son histoire, ses peurs, ses angoisses, ses souffrances, ses difficultés, tenter de se reconstruire et constitue également le support incontournable de la relation soignant/soigné qui va permettre de poser le cadre thérapeutique, qu'il soit général (règlement du service), particulier (contrat de soins), ou adapté (notion de référent, de place et de fonction de chacun)<sup>14</sup>.

### **5-7) La recherche de la sécurité à l'adolescence**

L'adolescent a besoin de trouver en face de lui un adulte qui tienne debout, qui existe, qui soit clair et cohérent dans ses croyances et son fonctionnement.

Dans la mesure où l'adulte représente un havre de sécurité, l'adolescent reconnaît son autorité (à distinguer de l'autoritarisme).

### **5-8) Principes généraux de la prise en charge des adolescents suicidants**

En cas de tentative de suicide, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement. Tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins. Cette recommandation repose sur un accord professionnel. Le non recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que s'il est possible d'éliminer toute gravité somatique immédiate ou différée, et si la triple évaluation peut être débutée immédiatement.

---

<sup>13</sup> Explications de l'article de Madame Ghislaine Bouchard, psychologue, sur le site Internet Psycho média.

<sup>14</sup> Source : référentiel des soins infirmiers en santé mentale.

La prise en charge des adolescents suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité des soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge.

L'examen somatique initial évalue la gravité immédiate, permet de définir le traitement et la surveillance adaptée. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et staturo-pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie.

L'évaluation psychologique doit, quand à elle, se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme.

#### Les éléments à réunir concernant en particulier :

- le geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles.
- La santé mentale : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.
- La biographie : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture, fugues, grossesses, interruption volontaire de grossesse.
- Le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire ou professionnelle avec prises de risques (activités ou sports dangereux, relations sexuels non protégées, conduites violentes).

#### Ensuite il faut rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme :

- Intentionnalité du suicide, on peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de BECK<sup>15</sup>.
- Pathologies psychiatriques, en premier lieu les états dépressifs.
- Abus sexuels, maltraitance,
- Conduites violentes, comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool.

---

<sup>15</sup> Echelle présente en annexe.

### **5-9) Problèmes soulevés par une tentative de suicide chez l'adolescent**

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée, aussi minime soit elle. Outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2% des suicidants décèdent par suicide dans ce délai.

Dans 20 à 30% des tentatives de suicide, il existe une pathologie psychiatrique sous jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter.

Dans les autres cas, la tentative de suicide est sous tendue par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle. Il faut reconnaître la souffrance exprimée au travers de ce comportement et trouver, à un rythme adapté à chaque situation individuelle, les modalités d'intervention qui vont permettre la résolution de la crise et la prévention de la récurrence. Une tentative de suicide est aussi un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins.

# L'ENQUETE

L'ENQUÊTE

## 1) La méthodologie de l'enquête

### 1-1) La sélection des terrains d'enquête

Les choix de mes terrains d'enquête ont été influencés par le parcours de soins des jeunes suicidants. En effet ceux-ci se sont déroulés sur trois secteurs :

- Au sein des Centres de Secours des Sapeurs Pompiers : j'y ai réalisé deux entretiens de deux Infirmiers Sapeurs Pompiers Volontaires. Le premier est infirmier au SAMU de Lyon, en plus de son activité de Sapeur Pompier et l'autre personne est issue du secteur psychiatrique en relation avec les adolescents. Le choix géographique s'est porté sur des Centres de Secours hors Grand Lyon, en milieu péri urbain, à l'ouest de Lyon.
- Au sein du service de réanimation du pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot : j'y ai réaliser deux entretiens de deux Infirmiers de ce service. Ces deux professionnels sont Infirmiers Sapeurs Pompiers en milieu urbain, à Lyon.
- Au sein de l'hôpital de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnel Henry Gabriel : j'y ai réalisé un entretien d'une infirmière qui est aussi Infirmière Sapeur Pompier en milieu péri urbain au Sud de Lyon.

### 1-2) La population concernée

Au niveau du parcours professionnel et en relation avec notre problématique, nous retrouvons des infirmiers travaillant en péri et en post crise suicidaire (SAMU, réanimation), une infirmière de secteur psychiatrique travaillant en pré et post crise, et une infirmière travaillant plus sur le devenir de ces patients (rééducation, réadaptation).

### 1-3) Présentation de la méthode utilisée

J'ai choisi d'utiliser l'entretien comme méthode d'enquête. Il s'agit d'un acte de communication directe et orale, qui porte sur le discours du sujet concernant des faits, des représentations. Il permet des retours en arrière, et des projections dans l'avenir.

Il est possible de classifier les entretiens en 3 types, selon l'attitude de l'enquêteur :

- Entretien libre,
- Entretien semi dirigé,
- Entretien dirigé.

Description du type d'entretien utilisé : La méthode choisie est celle de l'entretien semi dirigé. Dans cet outil, l'enquêteur à pré établi un petit nombre de questions ouvertes, générales, qui servent de guide à l'entretien afin de faire s'exprimer l'interviewer sur des sujets pré-établis, tout en lui laissant une grande liberté d'expression à l'intérieur de ce cadre. Elles permettent surtout d'éviter que le thème de l'entretien ne dévie de manière incontrôlée.

#### **1-4) Intérêts et limites de la méthode utilisée**

Cette méthode d'enquête me paraissait toute indiquée pour réaliser ce genre de travail et recueillir des informations aussi objectives que sensibles. En effet la, particularité psychologique du sujet traité nécessitait un outil de travail direct, grâce auquel j'ai pu être en contact avec les Infirmiers Sapeurs Pompiers. J'ai pu les rencontrer, leur expliquer pourquoi j'ai choisi de m'intéresser à ce sujet, ce que j'attendais de cette rencontre et comment moi, en tant que Sapeur Pompier, je pouvais me situer face à cette problématique. L'entretien présente comme principaux avantages la rencontre avec l'autre, l'enrichissement mutuel, l'ouverture sur d'autres sujets de réflexion. Il permet également une meilleure approche des réponses, avec la possibilité à tout moment de pouvoir demander des explications complémentaires sur une réponse ou pouvoir élargir le sujet. Enfin il permet de commencer une analyse plus rapidement car nous sommes tout de suite en possession des réponses.

En revanche, il nous oblige à réaliser une étape supplémentaire qui est la retranscription des entretiens. Cette étape peut être plus ou moins longue compte tenu de la densité de certains entretiens. Cet outil nous demande aussi un effort de synthèse particulier, il faut savoir repérer et trier ce qui est relation directe avec le sujet.

Lors de mon cheminement, j'ai testé mon guide d'entretien sur une Infirmière Sapeur Pompier afin de voir si les réponses obtenues semblaient cohérentes et en accord avec les questions posées. J'ai pu me rendre compte que les questions en rapport avec l'activité directe de l'Infirmier Sapeur Pompier ont tout de suite donné des réponses denses et empreintes de passion. En revanche les questions en relation avec les adolescents et surtout avec le concept de compétence semblaient poser quelques problèmes. J'ai précisé mes demandes sur les problèmes rencontrés à l'adolescence et simplifié celles en relation avec la compétence.

## 2) Traitement et analyse des données

### 2-1) Analyse descriptive

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
<b>Déterminants sociaux</b>					
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin	Féminin
Age	30 ans	56 ans	42 ans	32 ans	48 ans
Situation civile	Célibataire, sans enfant	Non connue	marié	marié	Mariée, 2 enfants (adolescents 15 et 20 ans).
Intérêts, loisirs	Sport, très investi chez les sapeurs pompiers.	DEA de psychologie, intérêt pour les médecines douces, travail aussi à la CUMP <sup>16</sup> .	Sport	Sport	- Insiste sur la passion des pompiers, engagement dans des campagnes de feux de forêts - Fait de nombreuses formations en rapport avec son métier.

---

<sup>16</sup> Cellule d'Urgence Médico Psychologique.

## Parcours professionnels

Année d'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier	1999	1971	1999	1998	1981
Expérience professionnelle avant le D.E.	Intérim dans des domaines autres que le soin.	Non connue	Ambulancier	Aide soignant	Aucune, à passer son concours directement après le bac.
Expérience professionnelle après le D.E.	1 an aux urgences de HEH <sup>17</sup> . Travail au SAMU de LYON depuis 2000.	- Soins généraux, - Psychiatrie, - Santé publique.	Service de chirurgie	- Service d'urgence - Service de médecine	Rééducation et réadaptation depuis le début de sa carrière.
Ancien Sapeur Pompier	Sapeur Pompier volontaire depuis 1992	Sapeur Pompier Volontaire depuis 1992	N'était pas Pompier avant de devenir Infirmier Sapeur Pompier	N'était pas Pompier avant de devenir Infirmier Sapeur Pompier	Sapeur Pompier volontaire depuis juin 1990
Année de nomination du statut d'Infirmier Sapeur Pompier	2000	2000	2005	2002	2002

## Les tentatives de suicide de l'adolescent

<sup>17</sup> Hôpital Edouard Herriot.

Comment le professionnel en a-t-il entendu parler ?

- Par les médias
- Par les médias,
- Par les infirmières scolaires,
- Chez les Pompiers de part les interventions.
- Par les médias.
- Par les médias,
- Au sein du service de réanimation dans lequel il travail.
- Sensibilisation par les interventions faites chez les pompiers.
- Peu entendu parler dans les médias.

Définition de l'adolescence

- Age difficile au cours duquel le futur adulte va vivre des expériences qui vont façonner sa future façon d'être.
- Passage entre l'enfance et l'adulte,
- Ils sont dans la pensée magique de l'enfance et aussi dans le passage à l'acte impulsif.
- Ils sont à la recherche d'un cadre mais ont aussi besoin d'être rassurer.
- Age de transition entre l'enfance et l'adulte.
- C'est le passage entre l'enfance et l'âge adulte.
- Futur adulte
- Passage entre l'enfance et l'adulte.

Connaissances des mécanismes du

- Perte de l'envie de
- Accumulation de problèmes
- Perte d'espoir,
- Souffrance
- Réalisation d'un geste
- Pas de réponse

## suicide

vivre à la suite d'une accumulation d'un certain nombre d'échecs ou de problèmes.

- Ceci va conduire la personne à n'envisager qu'une seule solution pour arrêter de souffrir : la mort.

qui va mettre une personne dans une situation de conflits intérieurs, qu'elle aura de plus en plus de mal à gérer.

- La seule solution que la personne envisagera pour arrêter de souffrir, ce sera la mort : donc passage à l'acte.

extrême qui donnera naissance à un besoin de trouver une solution de soulagement immédiat.

impulsif ou réfléchit qui aura pour but le soulagement de la souffrance.

## Communication avec un adolescent en détresse

- positionnement difficile,
- manque d'expérience dans ce domaine.
- Essayer de lui parler, le rassurer.

- Ne pas rentrer dans le questionnement pour comprendre car lui-même ne comprend pas son geste,
- Lui parler de la vie elle-même,
- Montrer que l'on

- Le mettre en confiance,
- Trouver les liens qui peuvent instaurer un dialogue,
- Ne pas le juger.

- Positionnement difficile,
- Evoque la difficulté à trouver les mots dans ce genre de situation.

- Se mettre à son niveau,
- Réagir comme une mère,
- Le mettre en confiance,
- Ne pas le juger.

- s'intéresse à  
lui,
- Lui donner une enveloppe et un cadre.

## Vision personnelle de l'activité d'Infirmier Sapeur Pompier

Pourquoi le professionnel est devenu Infirmier Sapeur Pompier ?

- Continuation logique de l'activité de Sapeur Pompier
- Décision claire : n'envisageait pas d'avoir un savoir infirmier avec des compétences et de ne pas pouvoir s'en servir chez les pompiers.
- Continuation logique de l'activité de Sapeur Pompier.
- Attrait par l'urgence extra hospitalière
- Attrait par l'autonomie qu'offre le travail avec les pompiers et la réalisation du travail sur protocole.
- être encore plus au service des autres,
- Le financier n'est pas la motivation première.

Comment le professionnel

- Activité en pleine
- Forte évolution,
- Plus de recrutement
- Développement de
- Forte évolution

envisage l'avenir de cette activité ?

- évolution, fort recrutement dans les mois à venir,
- Développement considérable du travail sur protocole,

- Recrutements importants,
- Développement du travail sur protocole.

- Augmentation de l'activité de formation

- l'encadrement et de la formation,
- Mise en place des officiers de santé,
  - Rôle de plus en plus important dans l'organisation des secours.

- depuis 1 an,
- Beaucoup de recrutement d'infirmiers,
  - Embauche de vétérinaires et de psychologues,
  - Renforcement des protocoles,
  - Gardes avec l'hélicoptère.

Travail en collaboration avec les pompiers

- Le rôle de l'infirmier est de mieux en mieux compris,
- Les pompiers commencent à y voir des avantages et se sentent sécurisés quand ils nous voient arriver sur une intervention,
- Fonction valorisante pour nous car nous apportons des savoirs.

- Très enrichissant,
- Dure au début, mais il y a de moins en moins de réticence de la part de pompiers pour travailler avec des Infirmiers Sapeurs Pompiers.
- Notion d'échange.

- Complémentarité
- Echanges intéressants,
- Le travail de chacun devient de plus en plus compris.

- Echanges très intéressants lors des interventions mais aussi lors des formations,
- Les pompiers nous sollicitent de plus en plus.

- De moins en moins de réticences,
- Les pompiers sont rassurés quand on arrive.

Intérêt pour le travail sur protocole

- A fait sa formation sur

- A fait le choix de ne pas être

- Va faire sa formation sur les

- Considère que l'application

- Fait sa formation sur

les protocoles récemment, se familiarise doucement, n'a pas encore beaucoup de recul.

protocolee.

protocoles en septembre 2006.

des protocoles est une responsabilité valorisante et qui permet l'application des savoirs infirmiers.

les protocoles actuellement.

- Cela apporte une valorisation et une autonomie.

## La compétence

### Définition de la compétence

- Travailler vite et bien,
- Etre rigoureux dans son travail,
- Etre bon dans ce que l'on fait,
- Grande capacité d'adaptation

- Acquisitions nous permettant d'être efficaces dans un certain nombre de situations. Celles-ci sont identifiées dans notre champ de compétence.

- Etre performant,
- Etre capable d'accomplir quelque chose en fonction de ce que l'on a appris.

- C'est la possibilité de faire quelque chose dans un domaine précis,
- Nous ne sommes pas compétents dans tout, les compétences se travaillent.

- C'est un savoir faire,
- Nos compétences rassurent nos collègues et améliorent la prise en charge des patients,

### Différence entre compétences et

- Nos compétences

- Nos compétences

- Les compétences

- Notre façon d'aborder un

- Tous les ISP ont les mêmes

## valeurs personnelles

sont définies par les actes de notre diplôme,

- Nos valeurs personnelles par ce que nous sommes, notre caractère, notre éducation.

appartiennent au domaine de l'apprentissage et de la conservation de ces apprentissages

- Nos valeurs personnelles appartiennent au domaine de la caractéristique personnelle, c'est ce qui fait notre être, l'essence de notre réflexion.

sont représentées par ce que l'on appris, ce que l'on est capable de faire.

- Les valeurs personnelles sont définies par ce que l'on est, nos coutumes, notre caractère.

patient et une intervention sera différente en fonction de ce que l'on est, de ce que l'on a vécu, de notre expérience, de nos formations.

- Les compétences et les valeurs personnelles mettent en jeu des choses différentes dans le soin.

compétences car ils ont le même diplôme

- Chacun à des valeurs propres en rapport avec leur éducation,
- Le vécu personnel influence le savoir faire.

## Connaissance des différents niveaux de compétence

- Oui il y a différents niveaux de compétence, ils sont influencés par notre parcours, notre expérience,

- Non connaissance

- Il y a des niveaux de compétence en fonction de notre évolution chronologique dans la profession : plus on aura vécu de choses, plus on aura fait des formations

- Notre niveau de compétence varie en fonction de nos apprentissages notre position professionnelle.

- On peut être très compétent dans un domaine car on y travail depuis longtemps et moins compétent dans un autre car on y a peut travailler.
- Si on est peut compétent

- Selon son âge et son vécu le niveau de compétence est différent,
- Au début on a des petites compétences, elles augmentent avec l'expérience.

des différents niveaux en détails.

et plus on aura entretenu nos compétences en les utilisant et plus notre champs de compétence augmentera.

dans un domaine cela ne voudra pas dire que nos valeurs, nos croyances, sont nulles.

Connaissance des différents composites de la compétence

- Aucune réponse

- Aucune réponse.

- Aucune réponse

- Aucune réponse

- Aucune réponse

## Actions mises en place lors d'interventions sur des adolescents ayant effectué des tentatives de suicide

Etes vous systématiquement déclenché pour ce type d'intervention ?

- Pour le moment déclenchement non sélectif, l'Infirmier Sapeur Pompier est déclenché pour tous les secours à personne.

- Pour le moment déclenchement non sélectif, l'Infirmier Sapeur Pompier est déclenché pour tous les secours à personne.

- Pour le moment déclenchement non sélectif, l'Infirmier Sapeur Pompier est déclenché pour tous les secours à personne.

- Déclenchement sélectif. Le départ réalisé selon la nature du message d'alerte ou l'éventuel de mande de renfort des pompiers déjà sur place.

- Pour le moment déclenchement non sélectif, l'Infirmier Sapeur Pompier est déclenché pour tous les secours à personne.

Actions mises en place lors de l'arrivée

- Faire les bilans de

- Rentrer dans la démarche

- Faire un bilan clinique,

- Observer la scène,

- Observation générale,

## sur les lieux de l'Infirmier Sapeur Pompier

- secourisme en les approfondissant avec les actes de notre rôle propre,
- Instaure un dialogue,
  - Faire un recueil de données précis,
  - Utiliser les informations de l'entourage,
  - Identifier la gravité de la situation,
  - La dédramatisation de la situation se fait tout au long de l'intervention et ce par un travail de verbalisation.
- relationnelle,
- Laisser les pompiers faire leurs bilans et pratiquer leur gestes de secourisme,
  - Identifier la gravité de l'intervention pour pouvoir orienter le chef d'équipe du VSAB,
  - Etablir une relation de confiance, passer un cadre rassurant : utiliser l'enceinte de l'ambulance pour créer une contenance,
  - Avoir une parole enveloppante,
  - Etablir un lien tenir la main.
  - Calmer la crise et rassurer
- Questionner la famille, l'entourage,
  - Retrouver ce que la personne a pris si c'est une tentative de suicide médicamenteuse,
  - Je préfère cibler sur la prise en charge somatique car je pense avoir des difficultés à trouver les mots justes.
- Se mettre en contact avec le chef d'équipe,
  - Définir les priorités,
  - Rentrer en contact avec l'adolescent,
  - Etablir un cadre sécurisant,
  - Aider les pompiers à effectuer les gestes de secourisme,
  - Approfondir les bilans,
  - Rentrer dans les protocoles s'il y a lieu.
- laisser les pompiers faire leurs bilans et leurs gestes de secourisme,
- Instaure un dialogue,
  - Identifier s'il faut mettre en place ou non un protocole, si oui le faire,
  - Poser un cadre, rassurer, utiliser l'instinct maternelle.

l'adolescent pour qu'il ne se sente pas agressé quand il arrivera aux urgences.

## Problèmes évoqués lors de ce type d'intervention

Considérez vous que la formation initiale de l'infirmier est suffisante pour faire face à ce type d'intervention ?

- Non, car il y aura toujours certaines attitudes, certains mots, certaines techniques relationnelles que l'on doit apprendre au fur et à mesure de notre carrière.

- Il y a certaines attitudes que l'on acquiert avec l'expérience.
- Travailler le maniement de l'outil relationnel.
- Ce n'est plus un problème de formation initiale mais de choix d'orientation professionnelle.

- Non car pour pouvoir trouver les mots justes et les bonnes attitudes face des adolescents en détresse il faut avoir une certaine expérience de la démarche relationnelle.

- Ceci rejoint la différence entre les compétences de base acquises au cours de la formation et les valeurs personnelles qui feront que certains seront plus à l'aise pour aborder ce genre d'intervention.

- Plus qu'avant car maintenant il y a des notions de psychiatrie ce qui n'était pas le cas avec l'ancien diplôme.

Réactions face à la mort.

- la mort est plus dure

- La mort réactive des

- La mort est toujours

- C'est dur, mais on s'y

- Comme toutes les

quand elle concerne des enfants ou des jeunes adolescents.

choses particulières chez les gens de pouvoir, ça les ramène à leur propre mort et les mettant en échec par rapport à la situation de maîtrise dans laquelle ils se trouvent.

difficile à vivre mais elle d'autant plus dure quand elle touche des jeunes. Cela ne va pas dans le sens logique de la vie.

habitue au bout d'un moment.

interventions, on a un sentiment d'échec lorsqu'elle survient.

Utilité de faire un débriefing après ce type d'intervention.

- débriefings non systématiques, ils seront mis en place selon la demande de l'équipe.

- C'est indispensable,
- Cela se fait de plus en plus mais ça ne fait pas encore partie du déroulement logique d'une intervention,
- Il faut souvent le proposer, les collègues n'osent pas le demander.

- Cela devrait être systématique mais ça n'est pas fait à chaque fois.

- Il y a certaines personnes qui sont encore réticentes à ce temps d'échanges mais progressivement les équipes prennent le temps et acceptent de verbaliser.

- cela dépend de l'évolution de l'intervention et de la demande des pompiers,
- il faut toujours mettre des mots dessus même si c'est fait de manière informelle.

## 2-2) Analyse interprétative

A l'heure où l'on parle d'évaluation des pratiques professionnelles, la notion de compétence semble toute indiquée pour démarrer un travail sur le management personnel et collectif. Celui-ci permettant d'évaluer, de conserver et de développer nos pratiques infirmières qui représentent, nous allons le voir, des compétences que nous pourrions appeler primaires qui sont celles communes à notre diplôme, listées, officialisées par notre décret professionnel ; et d'autres plus secondaires que chaque infirmier aura à trouver, à développer, puis à conserver tout au long de sa carrière. Ce concept de compétence secondaire, que j'ai nommé ainsi du fait de son apparition au cours de notre carrière, est important pour la différenciation des professionnels, de leur concept de soins et de leur manière de travailler. C'est en partie ce qui fera que deux soignants seront différents, cette différenciation sera appuyée par les valeurs personnelles de chacun, celles-ci intervenant plus dans la notion de philosophie de soin et de l'approche relationnel.

Comme nous le décrit Jean Guy MILLET dans son ouvrage sur la compétence, chaque professionnel peut vivre 4 phases relatives à ce concept :

- La compétence consciente
- La compétence inconsciente
- L'incompétence inconsciente
- L'incompétence consciente

Le but étant d'être toujours consciemment compétent.

Les professionnels que j'ai interrogés n'ont pas été surpris que je leurs parle de compétence. Cette notion semble faire partie, pour eux, de l'outil de définition de notre profession. Ils m'ont souvent donné l'exemple du terme champs de compétence qui liste notre domaine d'action sur rôle propre et sur rôle prescrit.

Pour la totalité d'entre eux ils ont su me donner une définition ou leur définition de la compétence. Ils ont été unanimes pour dire que l'infirmier est un professionnel de santé compétent en quête de développement de son champ de compétences qui semble être en parallèle, pour eux, avec la notion d'autonomisation et de valorisation de la profession. En effet s'il on étudie les réponses en relation avec le travail sur protocole des Infirmiers Sapeurs Pompiers on se rend compte que les notions de valorisation et d'autonomisation sont très présentes.

Pour la totalité d'entre eux compétence rime avec qualité et efficacité, en effet nous retrouvons systématiquement la relation entre acquisition d'un certain nombre de savoirs :

savoir, savoir faire, savoir être, de part les expériences professionnelles, et la manière dont l'infirmier travaille. Les réponses les plus révélatrices sont :

- être compétent c'est travailler vite et bien
- Avoir une grande capacité d'adaptation,
- Acquisitions nous permettant d'être efficace dans un certain nombre de situations, celles-ci étant identifiées dans notre champ de compétences,
- Nos compétences améliorent les prises en charge des patients.

D'une manière générale les professionnels interrogés ont bien cerné le sens de la notion de compétence et l'enjeu que celle-ci a pour l'efficacité et l'optimisation des soins infirmiers.

Les réponses reçues sont donc en accord avec la définition de Jean Guy MILLET qui nous signale que la compétence se définit par des connaissances, des expériences qu'une personne a acquises dans un domaine particulier et qui lui donne les qualités requises pour remplir une fonction. Il est donc intéressant de voir que les professionnels sont sensibles à ce concept et lui accordent une place importante au sein de la définition et de la caractérisation même de leur activité, ainsi nous pouvons nous rendre compte que les Infirmiers Sapeurs Pompiers ont bien conscience d'avoir des savoirs et des responsabilités qui les dissocient de leurs collègues pompiers. Nombreux m'ont répondu que dès que l'activité d'Infirmier Sapeur Pompier a été reconnue dans le Département du Rhône, ils ont fait immédiatement le choix de devenir Infirmier Sapeur Pompier pour pouvoir utiliser pleinement toutes les compétences que leur procurait leur Diplôme d'état. Une personne m'a même répondu qu'il lui semblait impensable d'avoir un Diplôme d'état d'Infirmier avec toutes les possibilités que celui-ci offrait et de ne pas pouvoir s'en servir lorsqu'il fait des interventions avec les Sapeurs Pompiers. Il est évident que les différentes capacités de soin, d'approche clinique et relationnelle que possède l'infirmier peut largement contribuer à améliorer la prise en charge des patients. Le fait que la totalité des infirmiers interrogés aient fait le choix de devenir Infirmier Sapeur Pompier et que les trois quarts d'entre eux soient ou vont devenir protocolés signifie donc bien qu'il y a une vraie motivation et un vif intérêt pour la reconnaissance et le développement des compétences infirmières. De même que tous sont unanimes pour dire qu'il y a une différence réelle entre compétences et valeurs personnelles. Les personnes interviewées pensent que les valeurs personnelles sont propres à chaque individu, qu'elles font parties intégrantes de notre être, qu'elles apparaissent grâce à notre éducation, notre vécu, nos croyances et nos diverses influences sociologiques, qu'elles soient culturelles, religieuses, familiales ou groupales. Ces valeurs personnelles sont nécessaires à l'approche globale du soin et donc à l'évolution des pratiques infirmières. Il est intéressant et donc nécessaire d'étudier la relation qu'il y a entre les valeurs personnelles et les compétences, il me paraît judicieux de dire que bien que ces deux

concepts soient bien différents, qu'il sont néanmoins complémentaires pour l'appréhension des patients, la mise en place de certaines techniques de soin et la gestion de certaines interventions. Mes résultats d'enquête mettent en évidence que les professionnels interrogés estiment que l'Infirmier Sapeur Pompier aura une approche, un dialogue et un concept de soin différent selon son expérience professionnelle, son ancienneté et ses valeurs personnelles. Si nous faisons le lien avec le questionnaire portant sur la manière dont les individus interrogés prendraient en charge un adolescent en détresse, nous nous rendons compte que les réponses divergent fortement, celles-ci seront étudiées plus loin.

Concernant la connaissance des différents niveaux de compétences et des composites de celle-ci, il est intéressant de signaler que les réponses sont beaucoup plus imprécises voire même absentes. En effet pour la totalité du public interrogé il y a bien différents niveaux de compétence influencés, selon eux, par l'ancienneté du diplôme, le parcours professionnel, l'intérêt porté à la profession et les formations complémentaires réalisées par l'individu. Ces réponses bien que simplistes sont en accord avec les théories de Patricia BENNER<sup>18</sup> explicitant que dans la pratique infirmière il y a 5 niveaux de compétences (novice, débutant avancé, compétent, performant, expert). Les réponses fournies montrent bien que les Infirmiers Sapeurs Pompiers ont conscience que la compétence est nécessaire à leur pratique et à la bonne reconnaissance de celle-ci mais également que cette dernière n'est pas du domaine de l'innée et que pour acquérir des compétences spécifiques il faut, en premier lieu avoir une formation initiale regroupant toutes les compétences de bases nécessaires à notre métier et qu'il faut, en second lieu conserver puis développer les compétences propres à chaque soignant afin de gravir les échelons et être ainsi toujours consciemment compétent et améliorer la prise en charge de nos patients.

Concernant les composites de la compétence, aucun infirmier n'a su me répondre. Ceci peut démontrer que la compétence reste néanmoins un concept abstrait qui mériterait d'être d'avantage mis en valeur et expliquer pour que les professionnels soient au clair avec cette notion. L'enquête démontre bien que les individus interrogés ont une connaissance générale de la compétence et de leur champs de compétence, qu'ils y portent un intérêt important mais semble peu à l'aise lorsque l'on rentre dans des caractéristiques plus sociologiques. Ceci peut paraître normal compte tenu de la spécificité du concept qui nous intéresse.

De plus il est important de signaler que plus les personnes interrogées ont de l'ancienneté et un parcours professionnel spécialisé (je pense notamment au cas d'une Infirmière Sapeur Pompier ayant effectué une grande partie de sa carrière en secteur psychiatrique) et plus ils ont un recul intéressant par rapport au concept de compétence nous apportant ainsi des réponses riches. Cette remarque va dans le sens de la théorie de Patricia BENNER et peut nous indiquer

---

<sup>18</sup> La pratique infirmière, de novice à expert, de Patricia BENNER.

que l'infirmier a besoin d'un certain nombre d'année de recul afin d'intégrer complètement ses compétences et être en mesure de pouvoir en acquérir d'autres tout en conservant les anciennes.

Cette réflexion nous amène doucement vers les besoins de valorisation, de reconnaissance et d'autonomisation de notre profession. En effet s'il on fait le parallèle avec mon enquête, nous nous rendons compte que les principales motivations qui ont fait que les Infirmiers Sapeurs Pompiers ont choisi cette activité sont, en premier lieu, l'autonomie que celle-ci offrait. Nous retrouvons cette autonomie dans le travail sur protocole, comme il nous l'est expliqué sur la partie consacrée aux protocoles dans mon cadre conceptuel. Il est intéressant de noter que pour les infirmiers interrogés le travail sur protocole offert aux Infirmier Sapeurs Pompiers est un moyen largement exploitable pour permettre de mettre en valeurs leurs compétences et d'utiliser correctement les différents savoirs qu'ils possèdent. C'est donc par conséquent très valorisant pour eux. De plus ils sont les interlocuteurs directs de leurs patients et de leurs collègues Sapeurs Pompiers, ils sont présents pour répondre aux questions de ces derniers et représentent une graduation supplémentaire dans la prise en charge du patient et donc dans la gestion des urgences en France. Nous pouvons voir, ici, apparaître la notion de prise en charge graduée de l'urgence, notion qui est, pour le moment, abstraite car nouvelle, dans l'organisation des urgences Française (voire partie du cadre conceptuel sur l'organisation des urgences en France). A noter également que l'on trouve très peu de référence sur le travail de l'Infirmier Sapeur Pompier, son rôle dans la prise en charge de l'urgence et ses compétences. Cette absence de données témoigne de plusieurs choses, tout d'abord elle est le reflet de la jeunesse de l'activité d'Infirmier Sapeur Pompier, retraçant les difficultés d'organisation et de mise en place des Services de Santé et de Secours Médicalisés, et d'autre part elle met le doigt sur un manque de reconnaissance de cette activité que l'on retrouve à plus grande échelle au niveau du métier d'infirmier en général. Les Infirmiers Sapeurs Pompiers interrogés mettent aussi en avant un besoin de sortir de l'hôpital, de voir comment on peut prendre en charge un patient à l'extérieur d'une enceinte hyper médicalisée. Je pense que ce dernier besoin est tout à fait fiable avec les besoins de reconnaissance et d'autonomie que peut offrir l'activité d'Infirmier Sapeur Pompier. En effet la représentation symbolique du travail loin de l'hôpital, loin de toutes les sécurités qu'offre celui-ci (matériels, médecins toujours présents...) est une image de liberté, comme si les infirmiers avaient là une occasion de briser leurs chaînes et de pouvoir, grâce en plus au travail sur protocoles, d'utiliser seul en leur âme et conscience toutes les compétences dont ils disposent. Ils sont en quelque sorte maîtres de leur décisions et peuvent par la même occasion pleinement les assumer. C'est un pas supplémentaire vers la valorisation de notre profession. C'est un sujet d'autant plus vaste qu'il est de plus en plus récurant dans l'actualité infirmière, il n'y a qu'à voir

l'adoption par l'assemblée nationale, le 13 juin dernier, du projet de loi sur la création d'un ordre Infirmier en France.

L'adaptabilité est une conception qui revient souvent dans les entretiens étudiés. Celle-ci est à mettre en relation directe avec la polyvalence de notre métier et les exigences qui vont de pair avec la définition de notre champ de compétence. Il semblerait que les Infirmiers Sapeurs Pompiers volontaires ayant une activité professionnelle au SAMU ou en Réanimation accordent beaucoup plus d'importance que les autres à l'adaptabilité. Il est vrai que c'est une notion qui est très présente autant dans le domaine de l'urgence pré hospitalière qu'au sein des services de réanimation. Pour eux, travailler dans l'urgence c'est être capable d'identifier rapidement une situation, de faire une analyse habile du rapport bénéfice risque et de mettre en place des actions protocolées ou non en rapport avec les exigences de la situation d'urgence. Toute cette approche demande, évidemment, à l'Infirmier Sapeur Pompier d'avoir une grande capacité d'adaptation. Les réponses obtenues sont donc en accord avec la logique de la définition même de l'urgence. Nous pouvons donc signaler que globalement les Infirmiers Sapeurs Pompiers interrogés ont tout à fait cerné leur rôle et leur importance dans l'organisation générale des urgences en France. Nous verrons dans la suite de cette analyse comment les Infirmiers Sapeurs Pompiers envisagent l'évolution de leur activité ainsi que la conservation et le développement de leurs compétences. Ainsi nous nous rendons compte que toutes ces prises de conscience et ses ambitions semblent parfaitement en accord avec les désirs de reconnaissance et d'évolution des pratiques infirmières.

- L'adolescent et les tentatives de suicides :

L'adolescence, période mystérieuse, empreinte de prises de conscience, de joies mais aussi de moments difficiles. C'est un moment clé de la vie de l'être humain qui regroupe tellement d'émotions mais aussi tellement d'interrogations et d'incompréhensions. Comme nous le précise le docteur Alain Meunier dans son ouvrage la tentation du suicide chez les adolescents, *l'adolescence est une mise à distance naturelle, structurelle et nécessaire entre le grand enfant et l'adulte, lequel n'en reste pas moins un acteur à part entière de ce couple terrible. Cette séparation soulève une animosité réciproque dont l'adulte est le seul à pouvoir prendre conscience. [...] Leur élaboration relève du même principe : reprocher à l'adolescent de n'être pas encore l'adulte qu'il va devenir ou de ne plus être l'enfant qu'il a été. De fait il n'est plus l'un, pas encore l'autre ; c'est l'existence même de ce passage qui est mis en doute. [...] Impulsivité, immaturité, régression et toute-puissance sont autant de termes qui définissent notre malaise face à l'adolescent.*

Le Docteur MEUNIER l'a bien écrit il y a une mise à distance entre le grand enfant et le futur adulte, une séparation, un fossé créant des incompréhensions, des angoisses, de la souffrance et une incapacité à gérer ses émotions. Cette séparation crée un dilemme chez l'adolescent mais aussi chez l'adulte : en fin de compte si ce n'est plus un enfant et pas tout à fait un adulte alors qui est l'adolescent ? Ce dilemme, bien qu'exprimé d'une façon différente, est bien présent au sein des réponses de mon enquête. En effet lorsque j'ai demandé aux personnes interrogées de me donner leur définition de l'adolescent, à chaque fois j'ai obtenu la réponse suivante : l'adolescent est un individu dont la personnalité est située entre l'enfance et l'adulte. Les réponses étaient courtes comme si les professionnels ressentaient une gêne ou une difficulté à caractériser ces personnages, en revanche elles étaient conformes à la définition de l'adolescence présente au sein de mon cadre conceptuel. Il est important de préciser que l'Infirmière Sapeur Pompier interrogée issue de secteur psychiatrique a apporté une réponse plus fournie mettant en avant que les adolescents rencontraient des difficultés de positionnement car ils pouvaient encore être dans la pensée magique de l'enfance mais aussi dans le passage à l'acte impulsif qui caractérise l'adolescent. Ils sont à la recherche d'un cadre mais ont aussi besoin d'être rassurés. Dans ce cas présent nous pouvons nous rendre compte que cette personne a des compétences supplémentaires en matière de prise en charge des adolescents et ce du fait de l'expérience acquise et des formations supplémentaires qu'elle a pu réaliser au cours de sa carrière. Pour les quatre autres personnes interrogées les réponses étaient beaucoup plus généralistes et moins engagées. Le même parallèle peut être fait concernant l'intérêt qu'ils portent à ce problème de santé publique. En effet au regard des réponses obtenues nous nous rendons compte que la majorité des professionnels interrogés ont été sensibilisés au problème du suicide chez les adolescents par les médias, les articles dans les revues professionnelles ou encore par les directives de santé publique. Seule la personne issue de secteur psychiatrique a entrepris des recherches personnelles sur ce domaine et a essayé de développer ses compétences pour améliorer la prise en charge de ces patients. Ce constat va de pair avec l'intérêt national porté à ce problème de santé publique. Hormis des travaux de sensibilisation et de prévention réalisés par l'éducation nationale à l'intention des professionnels scolaires et en particulier des infirmières scolaires, il y a eu très peu de campagnes de sensibilisation en direction de ce problème majeur. Cette implication minimaliste se reflète donc sur les professionnels de santé, elle nous interroge néanmoins sur les raisons d'une telle mystification.

Au niveau du suicide plus en général, tous sont unanimes pour dire que ce qui amène l'individu à la pensée ou au geste suicidaire est le cheminement long de la souffrance. Nous retrouvons souvent l'accumulation de problèmes ou de conflits créant de la souffrance et dont la seule solution pour faire disparaître cette souffrance est la mort. Les réponses sont en accord

avec la définition de mon cadre conceptuel et vont dans le même sens que le Docteur MEUNIER lorsqu'il nous indique que c'est pour échapper à une souffrance trop intense que les adolescents sont tentés par le suicide. La mort devient leur seul espoir, la seule issue possible. Il nous signale également que chaque adolescent suicidaire connaît une phase d'accident initiale qui se produit à un moment précis de l'adolescence, celui de la métamorphose où le jeune est imprégné de l'idée de mort. *Fixé dès lors sur cette idée, l'adolescent la prend comme objet virtuel de passage vers l'âge adulte. Jusque là il était protégé par l'aura parentale et par ses rêveries teintées d'espoir, il glissait à la surface des choses ; rien ne l'atteignait vraiment, ni les tensions, ni les conflits. Vient ensuite la phase de l'imaginaire roi. L'adolescent surinvestit l'imaginaire ; il en fait un jardin secret, un lieu de migration et d'extrême solitude. L'idée de mort viendra signer l'anéantissement de l'affligeante réalité et faire de l'imaginaire un monde vraiment libérateur. Dans le rêve il trouve le calme, et comme nul n'y a droit de regard, il y vit comme dans une bulle qui lui garantit protection et évasion. La rupture d'avec le monde lui apporte un soulagement immédiat. Privé des autres il en a désormais la preuve, il ne souffre plus. Ca marche « à quoi ça sert de vivre ? Ma souffrance m'enfoncé dans mes rêves. Je vais enfin trouver la vie dont je rêvais à travers la mort ».*

Ce passage est d'une importance capitale pour la compréhension du mal être de l'adolescent et pour pouvoir ainsi cerner les domaines sur lesquels nous devons axer nos efforts pour développer nos compétences afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Nous avons vu que l'adolescent a besoin d'être rassuré, d'être écouté et surtout pas d'être jugé. En effet il est dans l'incompréhension et a énormément de mal à expliquer ce qui lui arrive et à identifier la cause de sa souffrance. Il ne servira donc à rien d'essayer de le faire verbaliser sur son mal (comme il nous l'est expliqué dans la partie sur la prise en charge des adolescents suicidaires de mon cadre conceptuel). En revanche l'Infirmier devra faire preuve d'écoute et d'empathie, pour montrer qu'il est sensible à la souffrance du jeune. Ceci nous est très bien expliqué dans les réponses de mon enquête. En effet lorsque j'ai abordé le point sur la communication avec un adolescent en détresse, j'ai obtenu des réponses très intéressantes de la part des femmes et beaucoup plus vagues de la part des hommes. A noter que le concept d'instinct maternelle est ressorti pour les deux femmes interrogées ce qui peut expliquer qu'elles aient été plus à l'aise pour répondre à ces questions. Elles ont insisté sur le fait qu'il fallait les apprivoiser, les rassurer, établir un contact pour créer un lien de confiance et de respect, montrer que l'on s'intéresse à lui, lui donner une enveloppe et un cadre. Elles m'ont précisé qu'il ne fallait pas rentrer dans un questionnement pour comprendre ce qu'il s'était passé car lui-même ne le savait pas.

Ceci nous amène tout droit sur les interrogations concernant les actions que l'Infirmier Sapeur Pompier mettra en place pour prendre en charge ce type de patient.

L'observation la plus frappante est que les trois Infirmiers Sapeurs Pompiers ayant une activité professionnelle soit au SAMU soit en réanimation, ont tous priorisé les soins en se concentrant sur le domaine somatique et la prise en charge des urgences vitales et ont ensuite évoqué la prise en charge relationnelle et l'établissement d'une relation d'aide. Certains m'ont même évoqué qu'ils se sentaient impuissants s'ils n'avaient aucun acte à faire en relation avec la prise en charge somatique. Cette gêne du soignant urgentiste est caractéristique et très bien expliquée par Xavier POMMEREAU dans son livre *l'adolescent suicidaire*. En effet il nous dit que : *lorsque les actes techniques sont réduits, les soignants de ces services ne sont pas toujours convaincus de pouvoir jouer un véritable rôle thérapeutique*. Il en ressort donc un besoin d'évaluer, de cadrer immédiatement la situation et de mettre en place soit des gestes secouristes complémentaires à ceux prodigués par les Sapeurs Pompiers soit d'identifier et de rentrer dans un protocole, par exemple lutte contre la douleur. Ce raisonnement va dans le sens de la définition de l'urgence vitale, en effet il paraît tout à fait logique que si l'Infirmier Sapeur Pompier identifie, avec ses collègues Sapeurs Pompiers, une urgence vitale, qu'il mette tout en œuvre pour la traiter et ensuite qu'il prenne le temps d'établir une relation d'aide. En revanche l'infirmière issue de secteur psychiatrique me précise quand à elle que l'Infirmier Sapeur Pompier doit prendre le temps tout de suite de rentrer dans une démarche relationnelle et qu'il doit plutôt laisser les pompiers prendre en charge l'urgence somatique. Elle me précise que l'Infirmier doit identifier la gravité de l'urgence qu'elle soit physique ou psychologique pour pouvoir orienter le chef d'équipe. Tout son travail réside dans la création d'un cadre de contenance, l'infirmier peut, pour cela utiliser l'enveloppe rassurante de la carrosserie de l'ambulance, il doit calmer l'adolescent pour faciliter le travail d'aide et de soutien qui sera continuer aux urgences. Autrement dit l'Infirmier Sapeur Pompier doit être un maillon supplémentaire de la chaîne des secours, il doit trouver sa place entre ses collègues Sapeurs Pompiers et les urgentistes hospitaliers. C'est pour cela qu'il n'y a pas de conduite modèle, bien sur il y a une liste de protocoles bien définie mais cette liste n'enferme pas l'Infirmier Sapeur Pompier bien au contraire , elle est là pour l'orienter et pour permettre de sécuriser sa pratique. Nous retrouvons là encore la notion d'adaptabilité qui est sans doute une des compétences principale que doit avoir l'Infirmier Sapeur Pompier. Il y aurait une réponse tentante qui consisterait à dire que l'Infirmier doit pourvoir être capable de mettre des actions en place pour prendre en charge les urgences somatiques tout en établissant simultanément une relation d'aide. Effectivement dans l'idéal le déroulement d'une intervention devrait se passer comme ça mais la réalité nous démontre qu'il n'en ait pas toujours ainsi. Cette remarque met l'accent sur une compétence supplémentaire de l'Infirmier Sapeur Pompier qui est celle de la polyvalence. En effet encore plus que les autres infirmiers, l'individu travaillant aux urgences qu'elles soient pré

hospitalières ou hospitalières, doit faire preuve de polyvalence, d'adaptabilité, et d'esprit d'analyse. Il doit être capable d'identifier rapidement les critères d'une urgence vitale ou relative, analyser les actions secouristes, sur rôle propre ou protocolé qu'il peut mettre en place et faire preuve d'une rapidité dans l'exécution. Il doit être synthétique, avoir des attitudes claires précises et rassurantes envers ses collègues pompiers et surtout envers le patient. Comme il nous l'est signalé de nombreuses fois dans mon enquête, l'Infirmier Sapeur Pompier doit avoir aussi des compétences relationnelles, en effet pour pouvoir s'occuper d'adolescents en détresse, l'intervenant doit savoir écouter, faire preuve d'empathie, il doit être calme, savoir trouver les mots justes et éloigner toutes notions de jugement. De part l'homogénéité du publique qu'il va avoir à prendre en charge, l'Infirmier Sapeur Pompier, doit vraiment être en mesure d'identifier ses compétences, de les travailler pour en acquérir de nouvelles et surtout de les conserver pour pouvoir être toujours consciemment compétent comme nous le décrivait Jean Guy MILLET. L'intérêt dans la prise en charge des tentatives de suicides de l'adolescent, c'est que l'Infirmier sapeur Pompier pourra utiliser autant ses compétences techniques que relationnelles nous retrouvons la notion incontournable de prise en charge globale du patient.

Pour ouvrir un petit peu le sujet et pouvoir ainsi faire la transition avec les pistes de remédiassions, nous nous devons d'étudier les dernières questions de mon enquête qui portaient sur les difficultés ressenties par les intervenants, lors de ce type d'intervention.

Il est frappant de constater que la difficulté qui revenait en premier était celle sur l'établissement d'une communication avec l'adolescent. A noter que les personnes qui me précisaient avoir du mal à établir une relation d'aide avec l'adolescent sont les mêmes qui hiérarchisent leurs actions autour de la prise en charge somatique. Nous pouvons la aussi faire un parallèle avec l'écrit de Xavier POMMEREAU qui nous dit que la primauté des gestes techniques, est aussi, pour les soignants un moyen de se protéger des angoisses de mort qui les assaillent, leur environnement étant, par définition, éminemment traumatique et anxiogène. Il est vrai que dans mes réponses j'ai obtenu aussi la difficulté de gestion de la mort d'un adolescent. Ainsi nous voyons apparaître la notion de débriefing qui pourrait être une mission supplémentaire de l'infirmier Sapeur Pompier.

### 3) Synthèse et Pistes de remédiation

Dans une société en constante évolution et dans laquelle tout va de plus en plus vite, les missions des sapeurs pompiers qui concernent la protection des personnes, de leurs biens et de l'environnement doit aussi sans cesse s'adapter pour optimiser toujours plus l'organisation des secours et la prise en charge des urgences. Nous l'avons vu avec la mise en place progressive de la Départementalisation et la structuration des diverses entités composantes des SDIS<sup>19</sup> comme les SSSM, l'optimisation des secours fait appel de plus en plus à un système d'étude évoluant vers l'évaluation des pratiques professionnelles. L'étude des compétences propres à chaque activité professionnelle paraît donc d'actualité pour participer à cette optimisation. L'Infirmier Sapeur Pompier étant un acteur relativement récent au sein des SDIS est d'autant plus concerné par ces évaluations, et cela s'il veut prouver qu'il a bien son utilité et surtout s'il veut augmenter son champ d'activité au regard de toutes les compétences qui lui sont propres. Lors de l'analyse de mon enquête, nous avons vu que les professionnels interviewés étaient relativement conscients de l'importance de la considération du concept de compétence. En effet, à un moment où la profession d'Infirmier connaît une actualité des plus riches (ordre infirmier, réforme des études, élargissement des champs d'actions), nous pouvons nous rendre compte que les Infirmiers Sapeurs Pompiers semblent relativement actifs dans cette prise de conscience participant ainsi à l'évolution de notre profession. L'activité d'Infirmier Sapeur Pompier offre une réelle ouverture vers cette évolution, le travail large sur protocole, la participation à la formation des pompiers, le rôle décisionnaire des officiers de santé, sont des éléments des plus positifs dans la marche vers la considération et les évolutions des compétences infirmières en général. Nous pouvons nous rendre compte que beaucoup de travail reste encore à faire dans un certain nombre de domaines spécifiques. Concernant le sujet de cet écrit, nous pouvons observer que les compétences relationnelles restent moins considérées que les compétences de prise en charge plus somatiques. L'information, l'éducation et la prévention sont aussi des domaines que l'Infirmier Sapeur Pompier pourrait développer auprès de ses collègues. Le fait que les ISP<sup>20</sup> puissent participer à la formation des Pompiers est donc un excellent moyen de développer ces compétences là. Il semblerait judicieux aussi d'intégrer aux formations des notions de prise en charge relationnelle et de communication afin que les professionnels ne soient pas désarmés face à la prise en charge d'une personne en détresse psychologique.

Pourquoi ne pas proposer aux infirmiers de mettre en place des groupes de travail en relation avec leurs expériences professionnelles. Ces groupes pourraient aboutir à la création de

---

<sup>19</sup> Services Départementaux d'Incendie et de Secours.

<sup>20</sup> Infirmiers Sapeurs Pompiers.

nouvelles formations, qui seraient proposées aux pompiers et aux autres infirmiers, d'une manière non obligatoire.

Il serait intéressant aussi d'informer davantage les Sapeurs Pompiers sur le fait qu'il peuvent solliciter leur collègue infirmier pour mener une relation d'aide ou simplement pour parler d'une intervention marquante.

Ainsi, peu à peu, des actions se mettent en place dans ce sens, en effet à certain endroit, des groupes de parole sont créés et proposés aux Sapeurs Pompiers. Les objectifs étant d'identifier les individus en souffrance et de dédramatiser les situations.

Il appartient donc aux Infirmiers Sapeurs Pompiers de proposer de nouvelles actions au regard de leurs champs de compétences afin d'optimiser au maximum leurs activités et de garantir une prise en charge de qualité lors de chaque intervention et ce quelque soit sa spécificité.

## CONCLUSION

La polyvalence qu'offre le métier d'Infirmier est une richesse à tous les niveaux. Lors de sa formation initiale, l'étudiant en Soins Infirmiers connaîtra une évolution de son être, de ses connaissances, de ses compétences mais aussi de ses valeurs personnelles. Cette formation tellement dense nous permet de vivre des choses d'une intensité poignante, lorsque l'on travaille avec le corps et l'esprit des gens nous ne pouvons qu'en être modifiés. Cette formation nous prépare à la richesse, à l'intensité mais aussi à la difficulté de ce métier. Un Infirmier est en constante évolution et se doit de faire suivre ses compétences pour faire en sorte que la prise en charge de ses patients soit la plus optimale possible.

L'activité d'Infirmier Sapeur Pompier est un exemple concret de mutation, d'évolution des pratiques infirmières vers plus de reconnaissance et d'autonomisation de la profession.

Cette activité se met en place tout doucement, elle connaît et connaîtra encore des modifications, des adaptations afin de faire en sorte qu'elle soit la plus en accord possible avec l'exigence de l'organisation des secours.

Il appartient à l'Infirmier Sapeur Pompier d'utiliser toutes ses compétences et d'en acquérir de nouvelles afin de pouvoir prendre en charge toutes les situations d'urgences qui se présentent à lui. Ainsi outre l'adaptabilité, l'exigence principale de cette activité semble être la polyvalence, la conservation et le développement de celle-ci afin que l'Infirmier Sapeur Pompier puisse accomplir pleinement sa mission avec ce qu'il sait (compétences) mais aussi avec ce qu'il est (valeurs personnelles).

## BIBLIOGRAPHIE

- L'adolescent suicidaire de Xavier POMMEREAU, Editions DUNOD, Octobre 2001, Paris, 261 pages.
- La tentation du suicide chez les adolescents, de Alain MEUNIER et Gérard TIXIER, éditions PAYOT, 2005, 259 pages.
- La compétence guide de formation, de Jean Guy MILLET, éditions d'organisation, décembre 2005, 253 pages.
- Infirmière de novice à experte, de Patricia BENNER.
- Une consultation infirmière pour les adolescents hospitalisés en pédiatrie, magazine Soins Pédiatrie puériculture du 01/08/2005.
- La prise en charge de la dépression, Revue Soins du 29/11/1999.
- Suicide des jeunes prévenir la répétition du passage à l'acte, magazine Actualités sociales hebdomadaires du 04/02/2000.
- L'hospitalisation des jeunes suicidants en France, revue Soins du 03/05/2000.
- Jeunes suicidants, l'hospitalisation et après...., revue Santé mentale du 01/10/2004.
- Quelle prise en charge après une crise suicidaire ? revue Soins du 15/05/2001.
- Le suicide des adolescents en France, le journal des psychologues du 30/01/2002.
- Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise de M. DEBOUT, éditions MASSON, collection Médecine et psychothérapie. 161 pages. MASSON, paris, 1981.
- La psychiatrie des urgences de Henri GRIVOIS, éditions Robert LAFFONT, collection « réponses ». 408 pages. 1978.
- Psychiatrie et Soins Infirmiers de M.HANUS, V.MARCHAL.
- Les nouveaux cahiers de l'infirmière : soins infirmiers aux urgences, réanimation, transfusions sanguines.
- Site Internet : [www.psychomedia.qc.ca](http://www.psychomedia.qc.ca)
- Site Internet : [www.infirmier.com](http://www.infirmier.com)

# ERRATUM

## **Correction orthographique** (ce qui est écrit est la formulation exacte)

- Page 5, ligne 22 : des équipes médicales
- Page 5, ligne 28 : de véhicules adaptés
- Page 8, ligne 1 : les candidats ayant satisfait
- Page 11, ligne 13 : les prérogatives qui lui sont prodiguées
- Page 20, ligne 21 : relations sexuelles non protégées
- Page 20, ligne 22 : conduites violentes
- Page 23, ligne 11 : j'ai réalisé
- Page 24, ligne 2 : l'enquêteur a pré établi
- Page 24, ligne 7 : cette méthode me paraissait toute indiquée
- Page 27, colonne 3 : mais ont aussi besoin d'être rassurés
- Page 28, colonne 3 : accumulation de problèmes qui vont mettre une personne
- Page 32, colonne 6 : chacun a des valeurs en rapport avec son éducation
- Page 34, colonne 3 : pratiquer leurs gestes
- Page 34, colonne 3 : remplacer « passer un cadre » par « poser un cadre »
- Page 35, colonne 4 : rajouter face « à » des adolescents
- Page 36, colonne 4 : rajouter mais elle « est » d'autant
- Page 39, ligne 20 : compétences de base
- Page 42, ligne 16 : cette personne a des compétences
- Page 43, ligne 28 : instinct maternel
- Page 46, ligne 3 : doivent sans cesse s'adapter
- Page 47, ligne 6 : certains endroits, des groupes de paroles
- Page 48, ligne 13 : l'organisation des secours

## **Rajout et correction de termes**

- Abstract, ligne 10 : remplacer « avec » par « de » l'infirmier
- Remplacer le terme glossaire par lexicque des abréviations ; rajouter CIS : Centre d'Incendie et de Secours
- Rajouter les numéros de page 25 et 37
- Remplacer profession, page 2, ligne 11, par ces acteurs
- Dans la situation d'appel page 3, suppression des lignes 26 et 27

**Mickaël BARDOUX**  
**Infirmier Diplômé d'Etat**  
**Infirmier Sapeur Pompier**  
[mbard@hotmail.fr](mailto:mbard@hotmail.fr)

## **FORMATION**

- Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Formation en sophrologie à l'Institut de Psychothérapie et d'Enseignement en Sophrologie
- Certificat de Formation aux Premiers Secours Routiers
- Certificat de Formation aux Premiers Secours en Equipes
- Attestation de Formation aux Premiers Secours
- Formation au Défibrillateur Semi Automatique
- Formation Initiale Incendie, Lot de Sauvetage et de Protection Contre les Chutes, stage lance à débit variable, stage Appareil Respiratoire Isolant
- Stage de formation au toucher relationnel

## **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

- 2001 : séjour au Canada durant trois semaines, stage linguistique dans une école, découverte du métier de Sapeur Pompier au Canada
- 1998 – 2007 : Sapeur Pompier Volontaire au CIS de L'ARBRESLE (Rhône)
- 2003 – 2006 : Formation en Soins Infirmiers à l'Ecole Santé Social Sud Est (Lyon), stages en Rééducation réadaptation, maternité, bloc opératoire, cardiologie, médecine scolaire, chirurgie, médecine générale, réanimation (pavillon N, Hôpital Edouard Herriot)
- Depuis Décembre 2006 : Infirmier en pédo-psychiatrie à l'hôpital de jour pour adolescents l'Engoulevent et au Centre de Soins pour adolescent du Moulin à vent à LYON (secteur I07, Hôpital Saint Jean de Dieu)
- Depuis Mars 2007 : Infirmier Sapeur Pompier au Service de Santé et de Secours Médical du Rhône.

## **EXPERIENCE EN FORMATION**

- 2005 – 2006 : Co-créateur et co-animateur d'un projet de sensibilisation et d'apprentissage des gestes de première urgence auprès des étudiants infirmiers.

## **DIVERS**

- Auteur du roman « L'aube de la raison », d'un mémoire intitulé « L'Infirmier Sapeur Pompier et la prise en charge des adolescents suicidants », et d'un article sur le jumelage des Centres de Secours de Sapeurs Pompiers entre France et Canada (Le Sapeur Pompier magazine)
- Langue étudiée : Anglais
- Permis B