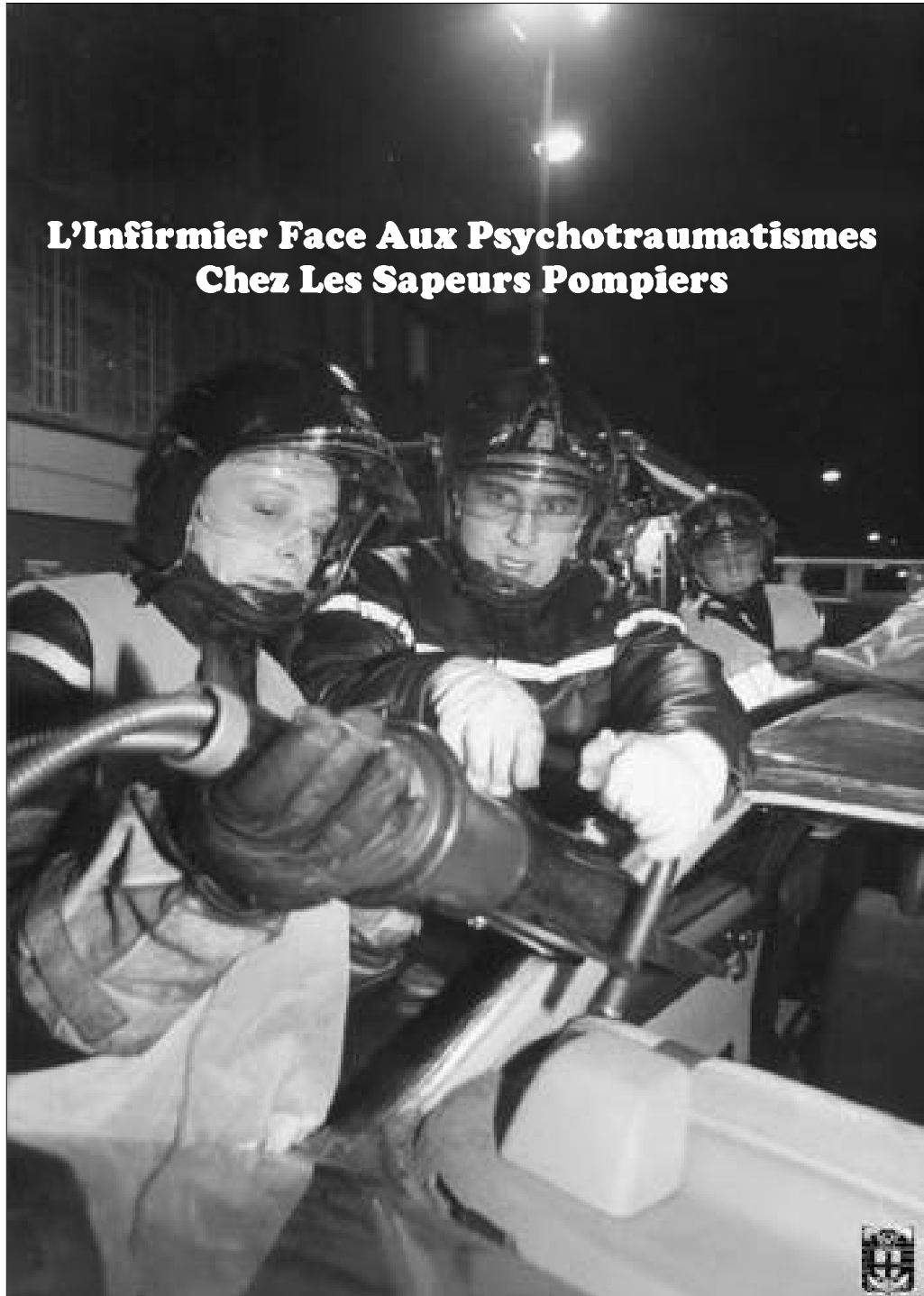


Institut de Formation en Soins Infirmiers

DAMIEN LESPINASSE
ETUDIANT 3EME ANNEE
PROMOTION 99 – 02



Mai 2002

Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse - Bonneville

Glossaire

Glossaire

Vous trouverez ici l'explication des différents sigles et abréviations contenus dans ce travail de recherche.

ACR	Arrêt C ardio R espiratoire
AFPS	Attestation de F ormation aux P remiers S ecours
AVP	Accident sur la V oie P ublique
CEU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CFAPSE	Certificat de F ormation A ux P remiers S ecours en E quipe
CFAPSR	Certificat de F ormation A ux P remiers S ecours R outiers
CMIC	Cellule M obile d' I ntervention C himique
CMIR	Cellule M obile d' I ntervention R adiologique
CPI	Centre de P remière I ntervention
CS	Centre de S ecours
CSP	Centre de S ecours P rincipal
CTA	Centre de T raitement des A ppels
CUMP	Cellule d'Urgence M édico- P sychologique
ENSOSP	Ecole Nationale Supérieure des O fficiers de S apeurs P ompiers
GRIMP	Groupe de R echerche et d' I ntervention en M ilieu P érilleux
ISP	I nfirmier S apeur P ompier
ISPP	I nfirmier S apeur P ompier P rofessionnel
ISPV	I nfirmier S apeur P ompier V olontaire
SAMU	S ervice d' A ide M édicale U rgente
SDIS	S ervice D épartemental d' I ncendie et de S ecours
SMUR	S ervice M obile d' U rgence R éanimation
SPA	S apeur P ompier A uxiliaire
SPP	S apeur P ompier P rofessionnel
SPV	S apeur P ompier V olontaire
SSSM	S ervice de S anté et de S ecours M édical
VSAV	V éhicule de S ecours aux A ccidentés et V ictimes

Sommaire

Sommaire

Introduction	9
Les sapeurs pompiers en France	12
1. Quelques chiffres	12
1.1. Effectifs	12
1.2. Missions	12
2. Organisation générale	13
2.1. Echelon national	13
2.2. Au niveau local	13
2.2.1. Le centre de première intervention	13
2.2.2. Le centre de secours	14
2.2.3. Le centre de secours principal	14
3. Les sapeurs pompiers volontaires	14
3.1. Recrutement	14
3.2. Formation	14
3.3. Avancement	15
4. Les sapeurs pompiers professionnels	15
4.1. Recrutement	15
4.2. Formation	15
4.3. Avancement	16
L'infirmier sapeur pompier	18
1. Cadre législatif	18
1.1. Recrutement	18
1.2. Législation et exercice de la profession	18
2. Rôle de l'infirmier sapeur pompier au sein du SSSM	19
2.1. En intervention : plusieurs cas de figure	19
2.1.1. Cadre législatif	19
2.1.2. Exemple pratique : accident sur la voie publique	20
2.2. Missions hors interventions	21
3. Les ressources de l'infirmier en matière de psychologie	21
3.1. Décret de compétences	21
3.2. Formation initiale	21
Les psychotraumatismes	24
1. Un peu d'histoire	24
2. Le stress	24
2.1. Stress adapté	24
2.2. Stress dépassé	25
3. Stress post traumatique	26
3.1. L'événement traumatisant	26
3.2. Définition du stress post traumatique	26
3.3. Signes cliniques	26
3.4. Traitement	26
4. Evénements traumatisants chez les sapeurs pompiers	28

Présentation des outils d'enquête	30
1. Enquête auprès des sapeurs pompiers	30
1.1. Choix des outils d'enquête	30
1.2. Objectifs de l'enquête	30
1.3. Description de l'outil d'enquête	30
2. Enquête auprès des infirmiers sapeurs pompiers	31
2.1. Choix de l'outil d'enquête	31
2.2. Objectifs de l'enquête	31
2.2.1. Objectif global	31
2.2.2. Objectifs spécifiques	31
Dépouillement des enquêtes	34
Questionnaire anonyme à destination des infirmier(e)s sapeurs pompiers	34
1. Présentation de la population enquêtée	34
2. Identification et prise en charge du soutien psychologique chez les sapeurs pompiers	34
3. Les atouts de l'infirmier en matière de soutien psychologique	35
Questionnaire anonyme destiné aux sapeurs pompiers	36
Analyse des enquêtes	40
1. Analyse descriptive	40
1.1. Population enquêtée	40
1.1.1. Les infirmiers sapeurs pompiers	40
1.1.2. Les sapeurs pompiers	40
1.2. Identification et prise en charge du soutien psychologique des sapeurs pompiers	40
1.2.1. Identification du besoin de soutien psychologique	40
1.2.2. Réponses apportées par les infirmiers sapeurs pompiers	41
1.3. Ressources, atouts et difficultés	41
1.3.1. Ressources	41
1.3.2. Difficultés	41
1.3.3. Atouts	41
2. Analyse interprétative	42
3. Synthèse de l'analyse	45
Solutions	47
Conclusion	50
Bibliographie	52
Annexes	54
Annexe n° 1 : décret n° 2002-194 du 11 février 2002	
Annexe n°2 : questionnaire infirmiers sapeurs pompiers	
Annexe n°3 : questionnaire sapeurs pompiers	

Introduction



Etre confronté à la mutilation et à la mort ne laisse personne indifférent. Les médecins, infirmiers, aides soignants le sont régulièrement, c'est pour cela qu'ils sont invités à se pencher sur le sujet, à y réfléchir durant leur formation.

En ce qui concerne la chaîne des secours, les premiers à rencontrer ces situations difficiles sont généralement les sapeurs pompiers. Dès 18 ans, les jeunes hommes et jeunes femmes peuvent prétendre à l'emploi de sapeur pompier volontaire, et passer le concours de professionnel. Au niveau de leur formation de base, rien n'est prévu pour les préparer à la confrontation aux situations difficiles. Quel impact est créé lors de cette rencontre brutale avec les blessés, parfois gravement mutilés, avec les massacres routiers ?

Si la notion de prise en charge psychologique des blessés et impliqués est maintenant reconnue et réglementée¹, qu'en est-il de l'accompagnement des secouristes ? Des actions sont mises en place, sous la forme de débriefings, consécutivement aux grandes catastrophes (attentats, nombreuses victimes...). Malheureusement, au quotidien, le soutien et l'aide psychologique aux sapeurs pompiers restent le fait d'initiatives isolées.

Cette absence de soutien, j'ai pu la ressentir personnellement au cours de mon expérience de sapeur pompier volontaire, pendant près de 4 ans. Sans avoir connu de catastrophes, le souvenir de certaines interventions reste douloureux.

Le milieu des sapeurs pompiers est spécifique et demeure relativement fermé. Une fois sa formation terminée, un jeune sapeur doit néanmoins faire ses preuves auprès des plus anciens. Le caractère psychologiquement marquant de certaines interventions requerrait un accompagnement, mais quels pourraient être les acteurs de ce soutien ? Certains départements ont créé des postes de psychologues, mais quelle vision en ont les sapeurs pompiers ? Sandrine Ponnelle, psychologue du travail, s'est intéressée au phénomène du stress chez les sapeurs pompiers, non sans difficultés : « *le monde des sapeurs pompiers n'est pas un milieu facile à étudier du point de vue psychologique. Les hommes n'ont pour la plupart jamais eu affaire à un psychologue [...], le stress et ses symptômes sont plutôt un sujet tabou, car tout dysfonctionnement ou toute souffrance sont associés inmanquablement à la notion de défaillance et dans ce métier, ils n'ont pas le droit d'être défaillants.* »²

La psychologie renvoie au domaine des émotions et des états d'âme, ce qui semble pour les sapeurs pompiers mettre à mal l'idée qu'ils ont de leur profession. L'expression des émotions reste difficile, et les discussions entre collègues font souvent office de débriefing. A ce sujet, Louis Crocq, psychiatre des armées affirme qu'« *il est rare que le sujet parvienne tout seul, ou dans les dialogues superficiels avec ses proches, à dépasser le stade d'abréaction pour accéder à celui de la catharsis* »³. En d'autres termes, l'expression libératrice des émotions permettant d'intégrer l'événement traumatisant dans le psychisme, pour être efficace, doit se faire dans un cadre bien précis, avec l'aide d'un professionnel formé à la relation d'aide et à l'écoute empathique. L'auteur insiste sur la nécessité de formation de l'écouter.

Le récent texte de loi réglementant le champ d'activité de l'infirmier sapeur pompier s'intéresse principalement au domaine opérationnel, à savoir les activités de secours, de formation, d'hygiène, de gestion du matériel médical... sans aborder le thème de la

¹ Circulaire du 28 mai 1997, instituant la mise en place des cellules médico-psychologiques d'urgence dans le cadre de l'aide médicale d'urgence.

² La psychologie à la rescousse des sapeurs-pompiers, Vanessa Nicolas, Le Sapeur-Pompier n°896, octobre 1998, p. 678.

³ Les traumatismes psychiques, Michel de Clercq et François Lebigot, collection Médecine et psychothérapie, éd. Masson, Paris, 2001, p. 7.

psychologie. Si, de par le rôle propre qui lui est dévolu, l'infirmier pratique l'« aide et le soutien psychologique »⁴ aux victimes prises en charge lors des opérations de secours, qu'en est-il vis à vis des sapeurs pompiers ? Sans se substituer aux psychiatres ou aux psychologues, l'infirmier sapeur pompier n'a-t-il pas une véritable carte à jouer dans le domaine ?

Le rôle opérationnel de l'infirmier sapeur pompier n'est-il pas un atout pour sensibiliser les hommes aux émotions qu'ils ressentent au détour des interventions psychologiquement difficiles ? Lui aussi possède l'expérience de terrain, et occupe ainsi une place privilégiée pour repérer les situations à risques.

Ce qui semble poser problème, c'est la difficulté qu'ont les sapeurs pompiers à verbaliser leur mal être à la suite d'une intervention traumatisante.

Au regard de ces éléments, ma problématique est la suivante : **quelle place l'infirmier sapeur-pompier peut-il occuper dans le soutien psychologique à apporter aux sapeurs pompiers lors d'interventions traumatisantes ?**

Mon hypothèse est que son rôle opérationnel, son intégration dans les centres de secours et ses compétences d'infirmier en font l'interlocuteur idéal des sapeurs pompiers en matière d'aide psychologique.

Nous commencerons donc par étudier les sapeurs pompiers, leur organisation, leurs rôles, leur activité et leur formation. Puis nous nous intéresserons à l'infirmier sapeur pompier, en étudiant de même sa formation, ses rôles et ses connaissances en matière de psychologie. Enfin, nous parlerons des psychotraumatismes, en insistant sur les nuances entre le stress adapté et le stress dépassé, puis le syndrome de stress post traumatique.

Après avoir présenté les outils d'enquête, j'effectuerai le dépouillement avant d'en faire l'analyse.

Après quoi viendront les solutions proposées, avant de conclure.

⁴ Article 5 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier (abrogeant le décret n° 93-345 du 15 mars 1993).

1

Les sapeurs pompiers



Les sapeurs pompiers en France



Dès l'antiquité, des hommes étaient désignés pour assurer la lutte contre les incendies. Pendant des siècles, ils se sont uniquement consacrés à éteindre les feux. Mais au fil du temps, et particulièrement depuis l'avènement de notre société, les risques ont évolué. La démocratisation de l'automobile a engendré les premiers massacres routiers, l'évolution permanente de la technologie entraîne en permanence de nouveaux risques, auxquels les sapeurs pompiers doivent faire face. Aujourd'hui, les appels pour incendies ne représentent plus que 9 % des interventions, les départs pour secours à personne sont de plus en plus nombreux.

1. Quelques chiffres (année 2000)⁵

1.1. Effectifs

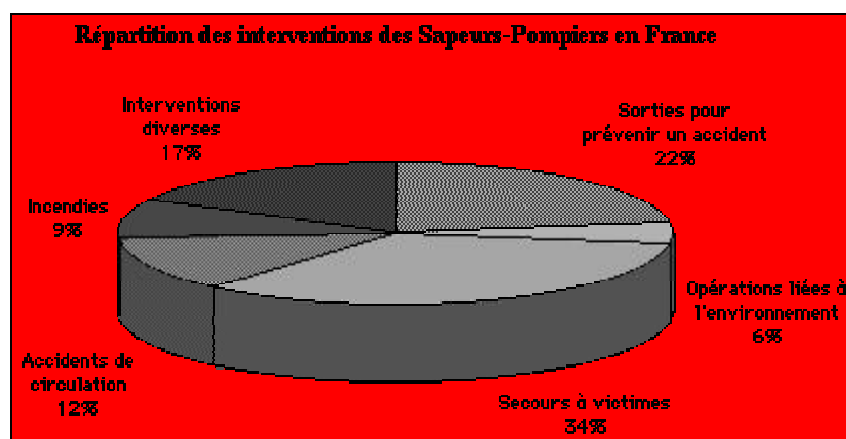
Un réseau d'environ 240.000 sapeurs pompiers :

- 207.000 sapeurs pompiers volontaires
- 27.500 professionnels
- 9000 militaires (dont 2000 appelés du contingent)

Un service de santé et de secours médical (SSSM) comportant plus de 8000 médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers.

1.2. Missions

Plus de 3,5 millions d'interventions en 2000, soit 1 français sur 5 ayant bénéficié de leurs services (9000 interventions par jour, soit une toute les 9 secondes) :

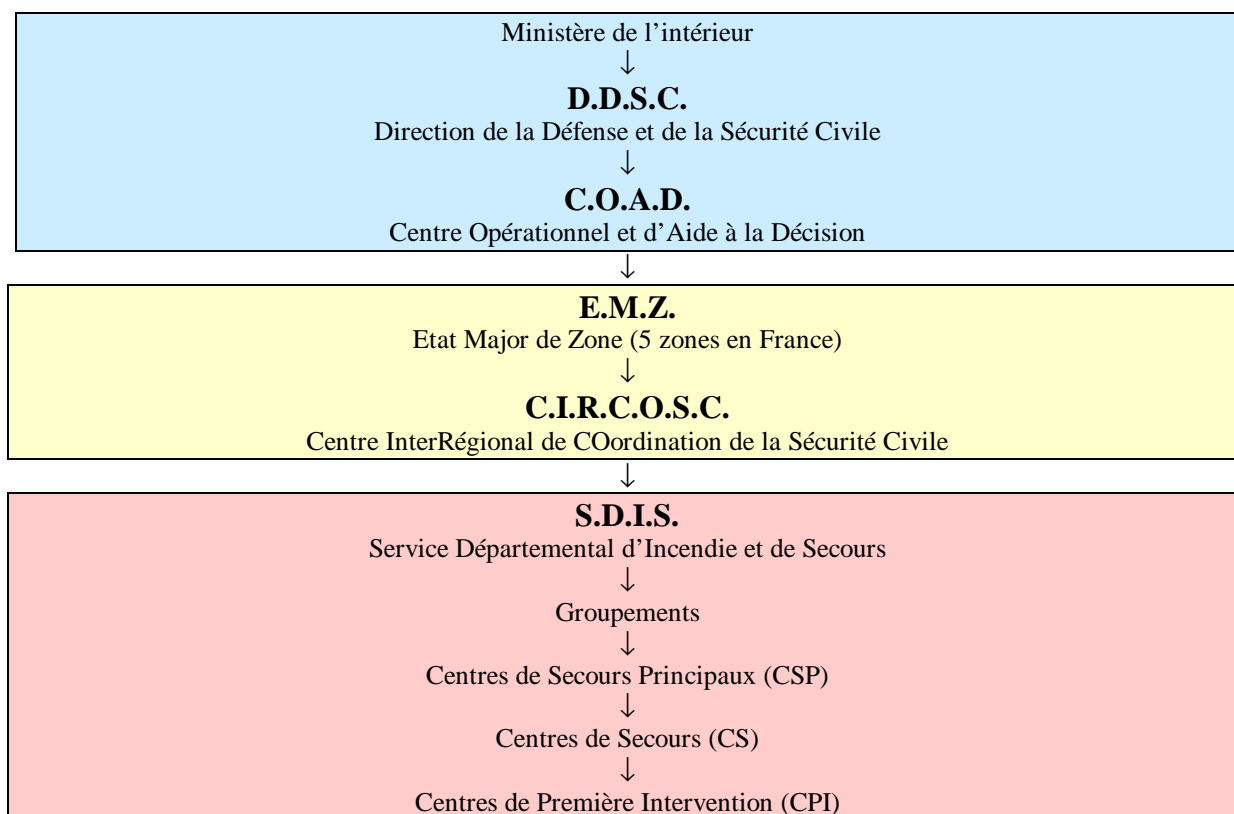


⁵ Sources : Ministère de l'Intérieur, concernant l'année 2000 : <http://www.interieur.gouv.fr> et Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France (FNSPF) : <http://www.pompiersdefrance.org>

2. Organisation générale

Les sapeurs pompiers sont sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur, excepté la Brigade des sapeurs pompiers de Paris (Armée de Terre), et les Bataillons de marins pompiers de Marseille et de Toulon (Marine Nationale) qui dépendent, eux, du Ministère de la Défense.

2.1. Echelon national



L'activité des sapeurs pompiers est donc gérée au niveau départemental, sous le commandement d'un Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours, qui est officier supérieur (généralement Lieutenant Colonel ou Colonel). Les départements sont découpés en plusieurs zones, appelées « groupement », composées de centres de secours principaux (CSP), des centres de secours (CS) et des centres de première intervention (CPI). Ce sont les structures opérationnelles des sapeurs pompiers, ils sont tous dirigés par un chef de centre.

2.2. Au niveau local

2.2.1. Le Centre de Première Intervention

Les CPI représentent la plus petite structure existant chez les sapeurs pompiers. Ayant pour secteur d'intervention une seule commune, ils sont constitués uniquement de sapeurs pompiers volontaires, et sont sous la direction d'un officier ou d'un sous officier. Bien qu'étant de petite taille, les CPI sont les plus nombreux sur le territoire (5672).

2.2.2 Le Centre de Secours

C'est une structure intermédiaire, on en trouve 2699 en France. Les CS sont majoritairement dotés de volontaires, certains effectifs comptent quelques sapeurs pompiers professionnels. Ils sont généralement implantés dans les chefs lieux de cantons, dont ils défendent les communes. Ils sont dirigés par un officier (volontaire ou professionnel), et peuvent avoir des CPI sur leur secteur d'intervention.

2.2.3. Le Centre de Secours Principal

C'est au sein des 514 CSP de France que sont implantés les groupements. Constitués de professionnels et de volontaires, ils effectuent un grand nombre d'interventions, car leur secteur est d'une part très étendu, d'autre part ils assurent le renfort des centres de secours implantés sur leur secteur. Ils sont placés sous le commandement d'un officier supérieur.

De même, c'est généralement dans les CSP que sont implantés les unités spécialisées, tels que le G.R.I.M.P. (Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux), la C.M.I.C. (Cellule Mobile d'Intervention Chimique), la C.M.I.R. (Cellule Mobile d'Intervention Radiologique)...

Les infirmiers sapeurs pompiers peuvent exercer à tous les niveaux, que ce soit au SDIS, dans les CSP, les CS ou les CPI.

3. Les sapeurs pompiers volontaires

Les volontaires ont une activité de sapeur pompier en dehors de leur exercice professionnel. Toutes les catégories socioprofessionnelles y sont présentes, et ils assurent les mêmes missions que leurs collègues professionnels.

3.1. Recrutement

Pour être recruté en tant que sapeur pompier volontaire, il faut remplir un certain nombre d'exigences :

- Jeunes hommes et jeunes filles ayant de 18 à 28 ans.
- Satisfaire les conditions de moralité et d'aptitude médicale.
- Satisfaire à la sélection du service d'accueil.
- Etre en règle avec les obligations du service national.

3.2. Formation

Une fois recruté, le volontaire est nommé sapeur 2^{ème} classe stagiaire durant 1 an, période pendant laquelle il devra suivre un certain nombre de formations :

- F.I.A. : Formation Initiale d'Aptitude, c'est l'apprentissage de la lutte contre l'incendie, elle comprend aussi des activités physiques et de sauvetages.
- A.F.P.S. : Attestation de Formation aux Premiers Secours. Durant ce stage, les sapeurs pompiers acquièrent les gestes de premiers secours, mais l'obtention du diplôme ne les autorise pas encore à intervenir dans les VSAV⁶.

⁶ VSAV : Véhicule de Secours aux Accidentés et aux Victimes.

C.F.A.P.S.E. : Certificat de Formation aux Premiers Secours en Equipe. Ce stage comprend différents modules, dont l'objectif est de former des équipiers VSAB. Pour suivre cette formation, l'A.F.P.S. est indispensable, et ce n'est qu'après l'obtention du C.F.A.P.S.E. que les sapeurs pompiers interviennent à bord des VSAV.

Ces trois stages constituent la formation de base de tout sapeur pompier volontaire. Bon nombre d'entre eux est titulaire du C.F.A.P.S.R. (Certificat de Formation aux Premiers Secours Routiers).

3.3 Avancement

Comme chez les professionnels, les sapeurs pompiers volontaires peuvent monter en grade (hommes du rang, sous officiers puis 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.

4. Les sapeurs pompiers professionnels

4.1. Recrutement

Il se fait par le biais de concours organisés par les services départementaux d'incendie et de secours. Les épreuves de sélection sont constituées par :

Des épreuves sportives et physiques.

Des épreuves écrites (questions et mathématiques) pour les candidats ayant passé avec succès les épreuves sportives.

Des épreuves orales pour les candidats reçus aux épreuves écrites.

Les candidats ayant réussi le concours sont inscrits sur une liste d'aptitude valide pendant 3 ans.

Peuvent se présenter au concours :

Les candidats de nationalité française, âgés de 17 à 24 ans devant jouir de leurs droits civiques, en position régulière au regard du Service National.

Etre titulaire d'un CAP, ou BEP, ou BEPC.

Ou :

Etre sapeur pompier volontaire depuis au moins 3 ans.

4.2. Formation

Elle est sensiblement la même que pour les sapeurs pompiers volontaires. Les stagiaires ayant réussi leur concours entrent en Ecole Départementale des Sapeurs Pompiers (située au sein des SDIS) pour y suivre leur formation de base. A l'issue de cet apprentissage, ils sont nommés sapeurs pompiers professionnels de 2^{ème} classe, agents de la fonction publique de catégorie C.

4.3. Avancement

Il est le même que pour les sapeurs pompiers volontaires, les mêmes examens doivent être validés. Il est à noter que le grade de capitaine est accessible en externe, sous réserve de détenir certains diplômes universitaires.

2

L'infirmier sapeur pompier



Présents dans le milieu des sapeurs pompiers depuis plus de 10 ans, les infirmiers sapeurs pompiers n'ont vu leur statut se légitimer que très récemment. Implantés tant dans les groupements, les CSP, les CS ou les CPI, ils assurent des missions très diverses, dans des domaines administratifs, au niveau de l'instruction, de l'hygiène ou des interventions.

1. Cadre législatif

1.1. Recrutement

Les infirmiers diplômés d'état peuvent être engagés en qualité d'infirmiers de sapeurs pompiers volontaires ou infirmiers de sapeurs pompiers professionnels. Nous ne ferons par la suite aucune différence entre les deux, les rôles et les missions étant identiques. La nuance se situe seulement au niveau du statut : les infirmiers volontaires exercent une activité professionnelle différente de celle de sapeur pompier, l'infirmier professionnel en a fait son métier. On retrouve donc un certain nombre d'infirmiers sapeurs pompiers volontaire exerçant en milieu hospitalier.

L'obtention du diplôme d'« infirmier sapeur pompier volontaire » (ISPV) est soumise aux conditions fixées par l'article 29 de l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires :

Art. 29. - Le programme de la formation initiale d'infirmier comprend les modules suivants :

- a) Module d'observation : 1 jour au sein du service de santé et de secours médical d'un service départemental d'incendie et de secours ;*
- b) Module de certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe : trois jours en école chargée de mission ;*
- c) Module consacré à la connaissance de la défense et de la sécurité civiles, des sapeurs-pompiers et de leurs missions, du service de santé et de secours médical et des plans de secours : trois jours à l'ENSOSP⁷ ;*
- d) Module universitaire de santé publique : cinq jours ;*
- e) Module universitaire de soins d'urgence : cinq jours ;*
- f) Module d'application pratique : deux jours au sein du service de santé et de secours médical du service d'incendie et de secours d'affectation ;*
- g) Des études de dossiers sous le contrôle de l'autorité d'emploi.*

La formation initiale d'infirmier est validée lorsque le candidat a, d'une part, acquis l'ensemble des modules et, d'autre part, suivi les stages d'observation et d'application.

Elle fait l'objet de l'attribution d'un diplôme de l'ENSOSP avec mention « infirmier sapeur-pompier volontaire ».

L'acquisition des modules universitaires est sanctionnée par un diplôme interuniversitaire de santé publique et soins d'urgence appliqués aux services départementaux d'incendie et de secours.

En pratique, le candidat au diplôme suit sa formation et valide les modules au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) et / ou en Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), rattaché au SAMU départemental.

⁷ ENSOSP : Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs Pompiers. L'établissement est situé à Nainville Les Roches, en région parisienne.

1.2. Législation et exercice de la profession

Une fois le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) intégré, l'infirmier va exercer en collaboration avec médecins, pharmaciens et vétérinaires. Le SSSM est une branche spécifique dans l'organisation des sapeurs pompiers. Il assure à la fois le suivi médical des sapeurs pompiers et la médicalisation de certaines interventions (secours à personne, soutien sanitaire lors d'une intervention difficile ou de longue durée...). Implanté dans chaque département au sein du SDIS, il est sous la direction d'un médecin chef.

En ce qui concerne l'infirmier, le cadre législatif est posé par deux textes :

- Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.
- L'article 24 du décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997, relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours définit le rôle infirmier chez les sapeurs-pompiers :
 - o *La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.*
 - o *L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires.*
 - o *Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité.*
 - o *Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.*
 - o *La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne.*
 - o *La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.*

2. Rôle de l'infirmier sapeur pompier au sein du SSSM

2.1 En intervention : plusieurs cas de figure

2.1.1. Cadre législatif

Dans le cadre d'un secours à personne, trois types de situations sont rencontrées par l'infirmier sapeur pompier :

- Intervention de l'ISP sans médecin : le champ d'actions relève alors du rôle propre (article 5 du décret n°2002-194 du 11 février 2002), et des compétences en matière de secourisme acquises lors de la formation de sapeur pompier. De plus, il joue un rôle de conseiller technique auprès du chef d'agrès⁸ du VSAV⁹, ce dernier devant conserver son rôle décisionnel tout en recherchant un consensus avec l'infirmier.
- Intervention sans médecin, mais avec protocole : le médecin chef du département valide un certain nombre de protocoles que l'infirmier sapeur pompier pourra appliquer sans présence médicale effective. Ces protocoles varient selon les départements, et le législateur insiste sur le fait que leur application ne relève pas d'une démarche diagnostique de la part de l'ISP, mais de conduites réflexes. L'application de ces

⁸ Chef d'agrès : un agrès est un véhicule des sapeurs pompiers. Chaque équipe comporte donc un chef d'agrès, généralement gradé, qui dirige et coordonne l'intervention.

⁹ VSAV : Véhicule de Secours aux Accidentés et aux Victimes. C'est l'ambulance des sapeurs pompiers.

protocoles est suivie d'un rapport circonstancié, daté et signé par l'infirmier sapeur pompier. Rappelons tout de même que de tels protocoles n'autorisent en aucun cas la réalisation de soins nécessitant la présence physique du médecin, tels que définis par l'article 8 du décret de compétences.

- Intervention en binôme médecin / infirmier : c'est le cadre idéal, l'infirmier est ici à même de mettre en œuvre les soins du décret de compétence dans sa globalité, à savoir le rôle propre, sur prescription et en collaboration. Il est à noter que la présence physique du médecin l'autorise à effectuer les soins relevant de l'article 8 du même décret, ce dernier pouvant intervenir à tout moment.
- Cas particulier : l'absence du médecin n'empêche pas dans certain cas l'exécution de certains soins relevant de la prescription. Lorsque la situation l'impose, l'ISP prend contact avec le médecin régulateur du SAMU par radio ou par téléphone (ce dernier étant préférable au regard du secret professionnel). Ce dernier, fort des éléments recueillis par l'infirmier peut lui prescrire des soins dans l'attente d'un renfort médical sur les lieux.

2.1.2. Exemple pratique : malaise sur la voie publique

Devant un appel de ce type, l'opérateur du CTA¹⁰ déclenche le départ d'un VSAV (avec à son bord 3 ou 4 sapeurs pompiers, et éventuellement un infirmier).

- ✓ Infirmier sapeur pompier sans médecin : recueil des constantes, glycémie capillaire, installation en rapport avec la pathologie du patient, évaluation de l'état de gravité. Si l'état de la victime ne nécessite pas de médicalisation, le transport sera effectué par les pompiers vers le centre hospitalier du secteur.
- ✓ Infirmier agissant sur protocole : si arrêt cardio-respiratoire, mise en place d'une voie veineuse périphérique avec sérum salé isotonique, monitoring, branchement au défibrillateur semi-automatique (s'il possède l'habilitation prévue par le décret n° 98-239 du 27 mars 1998 fixant les catégories de personnes non médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique), injections de bolus d'adrénaline si c'est une asystolie... Il est à noter que de tels protocoles existent aussi en ce qui concerne les brûlés graves, les hypovolémies... et qu'ils varient suivant les départements.
- ✓ Binôme infirmier - médecin : c'est alors une prise en charge de type SMUR¹¹, les soins prescrits par le médecin en fonction de l'état du patient sont immédiatement mis en œuvre par l'infirmier : pose de voie veineuse périphérique, injection de drogues, aide à l'intubation, raccordement à un respirateur...
N.B. : la majorité des interventions en France est médicalisée par les SMUR hospitaliers. Excepté quelques départements, cette prise en charge par une équipe médicale de type sapeur pompier reste ponctuelle, bien que de plus en plus de missions soient médicalisées par le SSSM.

Dans les 3 cas de figure, l'infirmier procède à la surveillance du patient pendant le transport vers l'établissement receveur.

¹⁰ CTA : Centre de Traitement des Appels. En général, il en existe 1 par département, c'est la salle où sont réceptionnés les appels 18 (équivalent du Centre 15 pour les sapeurs pompiers).

¹¹ SMUR : Service Mobile d'Urgence – Réanimation.

2.2. Missions hors interventions

En dehors de sa participation aux interventions, l'infirmier sapeur pompier assure un certain nombre de missions au sein des casernes :

- Médecine du travail : suivi des dossiers et visites médicales en collaboration avec un médecin sapeur pompier.
- Entretien et maintenance de matériel médico - secouriste, en collaboration avec d'autres sapeurs pompiers et éventuellement le pharmacien du centre : équipement des VSAV, sacs de médicalisation...
- Possibilité d'établir des protocoles pour la décontamination du matériel de soins : matelas coquilles, aspirateurs de mucosités, VSAV...
- Formation : participation à la formation des sapeurs pompiers en matière de secourisme, formations continues (que se doit de suivre tout infirmier).
- Missions exceptionnelles : départ à l'étranger lors de catastrophes naturelles tels que certains tremblements de terre, les cyclones, les crues...

3. Les ressources de l'infirmier en matière de psychologie.

3.1. Décret de compétences

Le décret n°2002-194 du 11 février 2002 délimite les prérogatives de l'infirmier en ce qui concerne le domaine de la psychologie, telles que :

- « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes » (art. 2).
- « aide et soutien psychologique » (art.5).
- « observation et surveillance des troubles du comportement » (art.6).

3.2. Formation initiale

On retrouve exerçant chez les sapeurs pompiers :

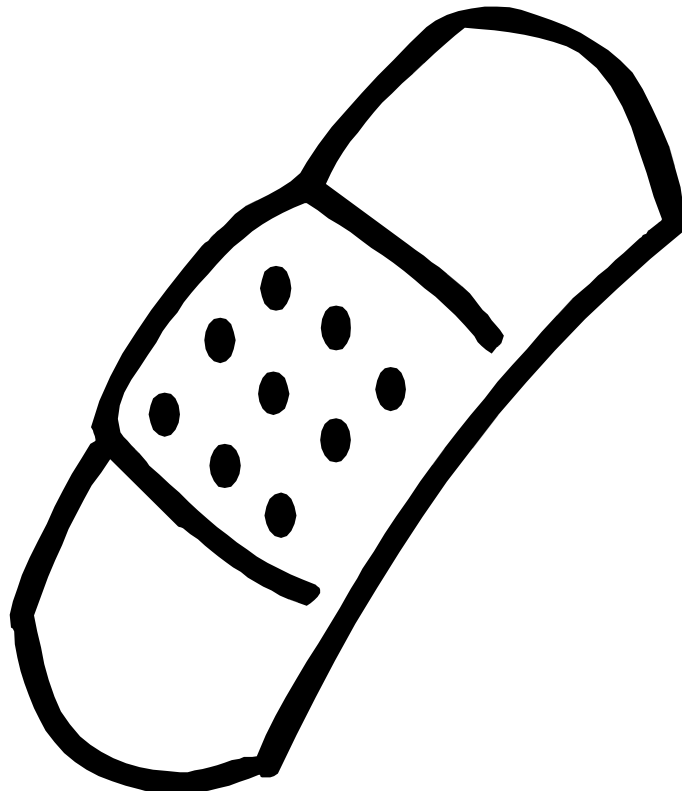
- les infirmiers titulaires d'un diplôme d'état obtenu après 1995 : leur formation initiale contient des modules dédiés à la psychiatrie
- les infirmiers titulaires d'un diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique, ayant validé leur équivalence en soins généraux (avant 1995).
- Les infirmiers possédant un diplôme d'état d'infirmier en soins généraux (avant 1995).

Ces différents diplômes apportent donc une grande disparité en ce qui concerne les connaissances acquises durant la formation initiale en matière de psychologie. Même si les formations continues tendent à harmoniser ces savoirs, l'intérêt que chacun porte dans ce domaine est variable.

Ces connaissances permettent donc à l'infirmier sapeur pompier de dépister des troubles de type psychotraumatisme, et de mettre des actions en place, dans le respect de ses compétences, et de celles des autres acteurs : psychologues, médecins, psychiatres.

3

Les psychotraumatismes



Dans le langage courant, lorsque l'on parle des psychotraumatismes, on emploie indifféremment un certain nombre de termes qui évoquent pourtant des troubles différents les uns des autres. J'ai donc choisi de tenter de différencier le stress adapté, le stress dépassé et le traumatisme psychique. Si le premier n'est à priori pas générateur de troubles, les autres peuvent faire déborder les mécanismes de défense d'un individu, entraînant ainsi l'apparition de symptômes spécifiques : le syndrome de stress post traumatique.

1. Un peu d'histoire...

« L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. »

Général Louis Crocq, psychiatre des armées.

C'est en effet la psychiatrie militaire, qui, la première, s'est intéressée aux traumatismes psychiques, en l'espèce de Desgenettes, Larrey et Percy, tous 3 chirurgiens des armées napoléoniennes. Ils furent les premiers à poser le diagnostic de « vent du boulet » devant des combattants ayant senti passer les projectiles sans en être touchés. Il semblait alors que la seule frayeur ressentie à cette occasion générât par la suite des troubles : Larrey décrit le cas d'un grenadier privé de parole et demeurant muet, après avoir été effleuré par un boulet lors de la bataille de Wagram.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, l'apparition de nouvelles armes telles que les canons rayés et les premières mitrailleuses fait des ravages, notamment lors de la célèbre bataille de Solferino, qui fit 40.000 victimes. De nombreuses personnalités commencent à s'émouvoir du retentissement psychologique des scènes de guerre sur les soldats. Henri Dunant, citoyen suisse et secouriste assiste horrifié à cette bataille, et crée par la suite la Croix Rouge.

Il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour que le concept de «traumatisme psychique» soit introduit par le psychiatre allemand Herman Oppenheim, dans un ouvrage intitulé Die Traumatische Neurosen (les névroses traumatiques). Il étudie 42 cas consécutifs à des accidents du travail et des catastrophes ferroviaires.

Les conflits armés de la première partie du XX^{ème} siècle relancent l'intérêt des psychanalystes pour les traumatismes psychiques, et les thérapeutes recommandent la mise en place d'une « psychiatrie de l'avant », afin d'effectuer une prise en charge immédiate auprès des soldats traumatisés. Chaque guerre a été génératrice de troubles, le « syndrome des déportés » est identifié au début des années 50 en Europe, tandis qu'aux Etats Unis, 20 ans plus tard, on s'alarme des « post-Vietnam syndromes ». La mise en place de groupes de parole par des psychiatres vétérans du Vietnam aboutira à l'ébauche de ce qui deviendra le Post Traumatic Stress Disorder dans le DSM III en 1980.

2. Le stress

2.1. Stress adapté

Dans le langage courant, le stress renvoie à des émotions désagréables, alors qu'à l'origine, il définit une simple réaction adaptative.

Le terme « stress » est emprunté à l'anglais, et désigne au départ l'idée de force, d'effort intense, de pression. Le Garnier Delamare définit le stress comme « état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque ». Les auteurs établissent le parallèle avec des mots français plus précis : « agression, stimulation, émotion, choc,

dépression, pression, tension, déséquilibre... »¹². Le terme fut employé pour la première fois en 1936 par le médecin canadien Hans Selye¹³, pour exprimer toute réaction adaptative mise en œuvre par l'organisme face à un agent stressor appelé « stressor ». Cette réaction s'observe tant au niveau physique que biologique et psychique, elle se déroule en 3 phases successives :

- une réaction d'alarme entraînant des modifications biologiques : libération d'hormone corticosurrénale, de catécholamines (dont l'adrénaline), de cortisone, chute de la tension artérielle, abaissement de la température centrale, accélération du pouls et de la fréquence respiratoire, élévation de la glycémie, augmentation de la sudation, dilatation pupillaire, ralentissement de la digestion.
- une réaction d'adaptation : les mécanismes mis en jeu se compensent, la tension artérielle augmente, la température corporelle s'élève.
- une réaction d'épuisement, ressentie comme un relâchement.

Le Petit Larousse 2001 le définit comme l' « ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme [...] . »¹⁴

Pour le général Louis Crocq¹⁵, « c'est une réaction éphémère. Elle est à priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative [...]. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants. »¹⁶

Le stress est donc une réaction normale, puisqu'il signe l'adaptation de notre organisme aux agents extérieurs. Lors d'une situation émotionnellement difficile, il peut être ressenti de manière forte et intense, il en devient alors gênant, et peut nécessiter une prise en charge. S'il peut être adapté, le stress est parfois dit « dépassé ». C'est alors que les émotions sont telles que l'individu n'est plus à même de réagir de manière adéquate.

2.2. Stress dépassé

On observe 4 réactions de stress dépassé :

- la réaction de fuite
- la réaction d'agitation
- la réaction de fuite panique
- la réaction d'activité automatique.

Ces réactions sont la conséquence de la mobilisation des mêmes ressources que celles mises en œuvre lors du stress adaptatif, sans efficacité. La différence est marquée au niveau de l'inadéquation des actions mises en place lors d'un stress dépassé.

Que le stress soit adapté ou dépassé, l'individu peut évoluer de 2 manières distinctes :

- vers une liquidation émotionnelle. La charge émotionnelle de l'événement est liquidée pour permettre de replacer celui ci dans la continuité du vécu.
- Vers des troubles à type de stress post traumatique. Dans ce cas précis, les émotions vécues intensément lors de la situation traumatisante sont ressassées par le sujet, l'empêchant ainsi de l'intégrer, le stress mis en jeu perdure.

¹² Garnier Delamare, Dictionnaire des termes de médecine, 25^{ème} édition, revue et corrigée par Jacques Delamare, éd. Maloine, 1998, Paris, p. 772.

¹³ Les stress et la vie, Hans Selye, éd. Gallimard, 1975, Paris, pp. 433 – 434.

¹⁴ Le Petit Larousse 2001, édition CD ROM, © Larousse / HER 2000.

¹⁵ Psychiatre des armées, fondateur du réseau français des Cellules d'Urgence Médico Psychologiques (CUMP), SAMU de Paris.

¹⁶ Les traumatismes psychiques, Michel De Clercq, François Lebigot, éd. Masson, Paris, 2001, p. 15.

3. Stress post traumatique.

Le stress post traumatique est susceptible d'apparaître suite à une situation dite « traumatisante ». Mais toutes les personnes soumises à un même événement traumatisant ne développeront pas par la suite de stress post traumatique.

3.1. L'événement traumatisant

C'est une situation répondant aux 4 critères suivants :

- événement soudain et inattendu
- donnant un sentiment d'impuissance, d'effolement ou de colère
- il est lié à des émotions fortes ou des sentiments de peur intense
- enfin, il confronte les victimes de façon indirecte ou directe avec la mort, ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de soi même ou d'autrui.

La situation est en rupture avec le vécu de l'individu, elle s'écarte de l'expérience habituelle. Y sont associés des sentiments complexes et souvent destructifs tels que le doute, la peur, l'incertitude et le doute.

3.2. Définition du stress post traumatique

« Traumatisme » provient du grec « trauma » qui signifie « blessure par effraction ». Il s'agit de l'ensemble des réactions ou de symptômes qui peut se développer chez une personne après qu'elle ait vécu, a été témoin ou confrontée à une situation traumatisante, telle que définie ci-dessus.

Ces réactions entraînent une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel, familial, dans la vie de couple ou dans d'autres domaines importants.

3.3. Signes cliniques

Les critères suivants ont été définis par l'American Psychiatric Association, ce sont ceux le plus couramment utilisés :

- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- irritabilité ou accès de colère
- difficultés de concentration
- hypervigilance
- réaction de sursaut exagéré.

Selon plusieurs chercheurs, ces symptômes seraient le résultat de la conservation des mécanismes d'adaptation de l'organisme (réaction de stress) alors qu'ils ne sont plus nécessaires, et qu'ils présentent trop d'inconvénients.

Les signes cliniques ne sont pas toujours repérables immédiatement, car certaines personnes adoptent une réaction silencieuse. Certains intervenants restent ainsi en apparence concentrés sur leur tâche, tandis que d'autres présenteront des symptômes francs de stress. C'est d'ailleurs cette concentration qui donne par la suite certains symptômes de dissociation péri-traumatique, le sujet n'ayant pas vécu l'événement avec un regard global sur la situation.

3.4. Traitement

Nous nous intéresserons seulement aux actions pouvant être mises en place pour les intervenants après une intervention stressante ou traumatisante.

➔ objectifs :

- relâcher les tensions et supprimer l'anxiété.
- réduire les symptômes liés au syndrome de répétition.

Le traitement peut se situer à plusieurs échelons : immédiat, post immédiat ou à long terme.

- le « defusing » (désamorçage) : c'est « une intervention immédiate, à visée non psychothérapeutique, qui vise à apporter aide, soutien, et réconfort aux victimes. »¹⁷. Lors de ces séances, sera principalement abordé le côté technique de l'intervention, de manière à essayer de reconstituer l'événement dans son ensemble. Les sphères émotionnelles et cognitives seront explorées si besoin ultérieurement, lors de débriefings.
- Le débriefing : l'intervention est post immédiate, c'est à dire mise en place 24 à 72 heures suivant l'événement. Elle s'adresse aux victimes traumatisées, mais aussi à celles stressées, qui n'ont pas pu entamer une « liquidation émotionnelle ». Le debriefing est une intervention différente du defusing. Des intervenants spécialisés tels que psychiatres, psychologues ou infirmiers, formés à cette pratique, animent une séance dont le but est de faire recoller les émotions que les participants ont ressenti avec leur pensées, leurs actions et la situation. Le Professeur Louis Crocq et le Docteur Cremniter¹⁸ en ont précisé les 10 objectifs lors du congrès de l'AFERUP¹⁹ du 20 janvier 1996 :
 - Faire parler de l'événement afin de le maîtriser par le langage.
 - Faire prendre conscience de la normalité des émotions et des réactions dans cette situation donnée.
 - Informer sur l'événement, le resituer dans le temps et l'espace.
 - Atténuer les sentiments négatifs de culpabilité, d'impuissance et d'échec.
 - Mettre à plat les tensions de groupe, résoudre les conflits.
 - Mettre en garde contre la tendance à tenir des propos inconsidérés en présence de médias.
 - Informer sur les symptômes pouvant survenir et dédramatiser à l'avance.
 - Repérer les sujets les plus vulnérables à prendre en charge individuellement.
 - Mettre un point final à l'événement.
 - Orienter positivement vers l'avenir.

La tenue d'une séance de débriefing est codifiée, elle requiert un nombre précis d'intervenants ayant un rôle à jouer déterminé à l'avance. Elle est cadrée au niveau spatial (disposition spécifique des places pour une meilleur convivialité) et temporel (durée limitée dans le temps, une séance pouvant cependant être reconduite, en convoquant de nouveau les protagonistes). Chaque séance fera de même l'objet d'un compte rendu écrit, adressé à tous les participants.

- Suivi psychologique individuel, combiné ou non avec un suivi psychiatrique et pharmacologique. Cette troisième prise en charge relève des soins à long terme. Elle est proposée aux sujets pour qui 1 ou 2 séances de débriefing ne suffisent pas, ce qui représenterait la majorité des cas selon le Professeur Michel De Clercq²⁰.

¹⁷ Catastrophes macrosociales et catastrophes microsociales, Michel de Clercq in Les traumatismes psychiques, éd. Masson, Paris, 2001, p. 80.

¹⁸ Psychiatre des hôpitaux de Paris, service de psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor à Créteil.- Responsable de la Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Paris.

¹⁹ AFERUP : Association Francophone d'Etude, de Recherche, des Urgences Psychiatriques.

²⁰ † Psychiatre, cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

En résumé, l'important est de proposer une intervention précoce, c'est « la psychiatrie de l'avant appliquée à la pratique civile » (Louis Crocq). Les soins immédiats et post immédiats sont apportés par des intervenants spécialisés, tels que psychiatres, psychologues ou infirmiers psychiatriques spécialement formés à ces techniques. Ils doivent permettre de repérer les individus fragilisés par le traumatisme psychique, pour leur proposer un suivi psychologique individuel.

4. Événements traumatisants chez les sapeurs pompiers.

La profession de sapeur pompier est très fortement exposée aux événements stressants et traumatisants. Il suffit simplement d'étudier le déroulement de certaines interventions en repérant les critères composant une situation traumatisante :

Un événement soudain et inattendu : interruption d'une activité par le bip ou les alarmes, départ en intervention vers une situation à propos de laquelle on ne sait pas encore grand chose.

Sentiment d'impuissance, d'effolement ou de colère : pouvant être ressenti lors de l'échec d'une réanimation cardio pulmonaire, lors du décès brutal d'un patient, arrivée sur un accident sur la voie publique ayant fait un grand nombre de victimes, présence de victimes très gravement touchées, décès d'enfants...

Emotions fortes ou sentiments de peur intense : fait de travailler dans un environnement hostile voire dangereux (autoroutes, mauvaises conditions climatiques, nuit...).

Confrontation directe ou indirecte avec la mort, ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de soi même ou d'autrui : cadavres mutilés ou débris humains (accidents sur la voie publique, suicides...), incendies (risque pour les sapeurs pompiers eux-mêmes).



Une étude menée au SAMU de Paris en 1999²¹, sur une population de 100 sujets révèle que 61 % d'entre eux a été confronté au moins une fois à un événement potentiellement traumatique. 11 % présentent des troubles psycho-traumatiques, 50 % obtiennent un score élevé à l'échelle d'anxiété. La population enquêtée, composée d'ambulanciers, d'infirmiers et de médecin est différente des sapeurs pompiers, mais les situations rencontrées sont sensiblement les mêmes. Ces chiffres concernent donc des personnels sensibilisés durant leur formation (en ce qui concerne les médecins et les infirmiers) à être plus ou moins attentifs à leurs émotions, possédant des connaissances en matière de psychologie et de santé mentale. Qu'en est-il chez les sapeurs pompiers, dont la formation initiale n'aborde pas le sujet, et pourtant surexposés aux psycho-traumatismes ?

²¹ Epidémiologie du traumatisme psychique, N. Prieto in Les traumatismes psychiques, éd. Masson, Paris, 2001, p. 71

Présentation des outils d'enquêtes



En avançant dans ce travail de recherche, la nécessité de créer 2 outils d'enquête s'est dessinée. L'idée de départ était d'investiguer dans le milieu des infirmiers sapeurs pompiers, mais il m'a rapidement paru indispensable d'interroger aussi les sapeurs pompiers, de manière à effectuer cette enquête sous l'angle « besoins – demande – ressources ». Sonder les infirmiers sapeurs pompiers me permettrait de me rendre compte d'une part de la demande formulée par les SP, d'autre part des ressources actuellement disponibles pour répondre à cette demande. Les sapeurs pompiers, par la diffusion d'un questionnaire spécifique, pourraient donner une idée du besoin qu'ils ont en matière de soutien psychologique.

1. Enquête auprès des infirmiers sapeurs pompiers²²

45 questionnaires ont été distribués dans 2 départements différents, 25 sont revenus entièrement renseignés.

1.1. Choix de l'outil d'enquête

L'amplitude géographique caractérisant l'implantation des infirmiers sapeurs pompiers est grande. Ils exercent en tous points des départements, ce qui pose des problèmes au niveau d'une enquête.

C'est pour cela que le choix du questionnaire s'est imposé de lui-même, la diffusion et le retour ayant été effectués via Internet dans la majorité des cas.

1.2. Objectifs de l'enquête

1.2.1. Objectif global

L'enquête menée chez les sapeurs pompiers ayant pour but de tenter d'identifier les besoins en matière de soutien psychologique, l'enquête des infirmiers sapeurs pompiers permettra, elle, d'essayer de recenser d'une part la demande, d'autre part les ressources actuellement disponibles.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Identification de la population enquêtée : les 5 premières questions sont des questions fermées, de type questionnaire à choix multiple.
Dans cette première partie, il m'a semblé intéressant d'interroger les infirmiers sur l'année d'obtention de leur diplôme d'état, car ceux qui l'ont obtenu avant 1995 n'ont pas reçu d'enseignement psychiatrique durant leur formation initiale.
- Recensement des demandes émanant des sapeurs pompiers et actions mises en place : question 6, comprenant 3 sous questions fermées, et une ouverte.
Ici, les objectifs sont multiples. Dans un premier temps, il est demandé aux infirmiers s'ils ont déjà eu l'occasion d'identifier un besoin de soutien psychologique chez des sapeurs pompiers. L'item suivant concerne les circonstances mêmes de la demande de soutien psychologique, tandis que la question venant après s'intéresse aux interventions ayant entraîné une souffrance psychologique chez des sapeurs pompiers.

²² Cf. Annexe n°2 : questionnaire anonyme destiné aux infirmiers sapeurs pompiers.

Il est ensuite demandé si des réponses ont été apportées, avant de terminer sur une question ouverte destinée à recenser les actions déjà mises en place.

- Ressources et difficultés en matière de soutien psychologique : questions 7 à 10.

La question 7 permet de voir comment les infirmiers s'approprient le soutien psychologique au regard de leur fonction. Vient ensuite le thème de la formation, ciblé sur les psychotraumatismes (question 8), afin de se faire une idée du nombre d'infirmiers possédant des connaissances en la matière.

La question 9 s'intéresse aux différents niveaux auxquels les infirmiers se sentent compétents pour agir par rapport aux psychotraumatismes chez les sapeurs pompiers.

Si les items 7 à 9 s'intéressent au savoir des infirmiers, la question 10 est plus axée sur le savoir être, en tant qu'atout pour mener des actions, et les difficultés que rencontrent les infirmiers. Cette question comporte 2 sous parties, toutes 2 sont ouvertes. La question 11 est de même une question ouverte, permettant aux infirmiers d'apporter des éléments qu'ils n'auraient peut être pas pu retranscrire précédemment.

2. Enquête auprès des sapeurs pompiers²³

50 questionnaires ont été distribués dans 3 centres de secours, 32 ont été retournés renseignés.

2.1. Choix de l'outil d'enquête

Le QEDP²⁴ est un questionnaire visant à mesurer l'intensité de l'état dissociatif lors d'un événement traumatique. Cette dissociation péri-traumatique est à la fois un indicateur de stress aigu, de même qu'un outil de prédiction en ce qui concerne le développement d'un syndrome de stress post traumatique.

2.2. Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête chez les sapeurs pompiers n'est de déceler ni le stress aigu, ni le risque d'apparition d'états de stress post traumatique. La raison pour laquelle j'ai choisi cet outil est que cette dissociation péri-traumatique, dans un sens plus large, est indicateur de difficultés, d'un mal être. Ce questionnaire est donc centré sur le ressenti des sapeurs pompiers, pour essayer d'avoir un aperçu des difficultés qu'ils rencontrent.

2.3. Description de l'outil d'enquête

Il s'agit d'une série de 10 items, recensant les 3 composantes des symptômes dissociatifs :

- réduction de l'état de conscience
- focalisation ou émoussement émotionnel
- sentiment de détachement par rapport à l'environnement.

²³ Cf. Annexe n°3 : questionnaire anonyme à destination des sapeurs pompiers.

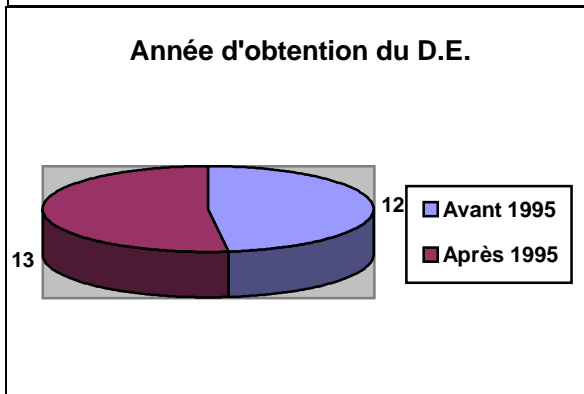
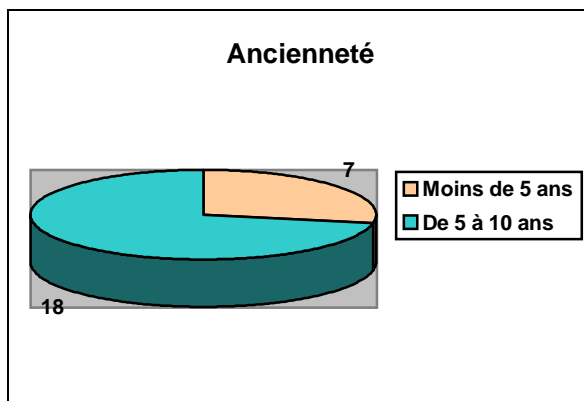
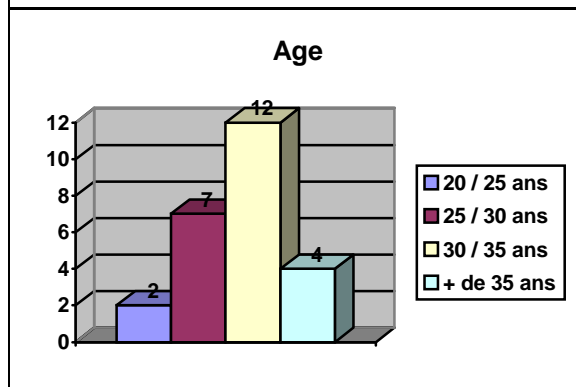
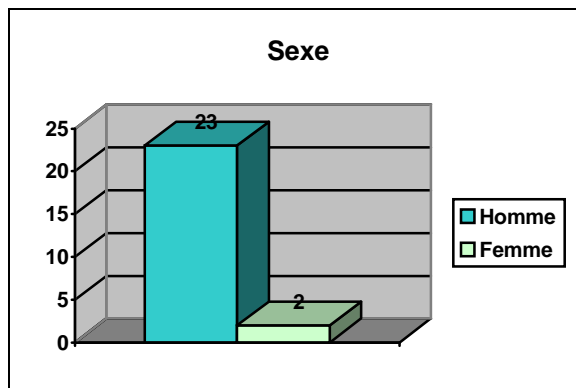
²⁴ QEDP : Questionnaire sur les Expériences de Dissociation Péri-traumatique, traduit et adapté par Alain Brunet et Christiane Routhier, Les traumatismes psychiques, Michel De Clercq, François Lebigot, éd. Masson, Paris, 2001, pp. 357 – 358.

Les personnes interrogées ont le choix entre 5 réponses (de « pas du tout vrai » à « extrêmement vrai »), la consigne étant de choisir celle qui correspond le mieux à leurs réactions et expériences durant une situation difficile préalablement choisie. Les choix sont ensuite cotés de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai), le seuil clinique étant de 15 sur l'ensemble du questionnaire.

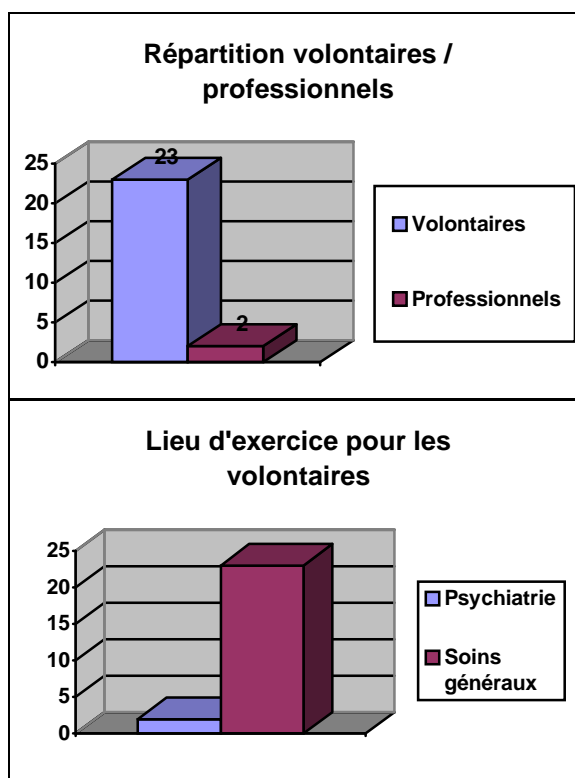
Dépouillement des enquêtes



1. Présentation de la population enquêtée



→ Les 12 infirmiers diplômés avant 1995 ont suivi une formation en soins généraux exclusivement.



2. Identification et prise en charge du soutien psychologique chez les sapeurs pompiers

➤ Avez-vous déjà eu l'occasion d'identifier un besoin de soutien psychologique chez des sapeurs pompiers ?

25 OUI
0 NON

➤ Comment vous en êtes vous rendu(e) compte ?

7 Demande formulée par l' (les) intéressé(s)
4 Demande formulée par des collègues non concernés personnellement
19 Demande formulée par chef d'agrès / chef de garde
17 Vous l'avez spontanément identifié

➤ Suite à quel(s) type(s) d'intervention ? (plusieurs réponses sont possibles)

7 Secours à personne
24 Accident sur la voie publique

- 0** Incendie
- 0** Autres

➤ Y avez-vous apporté une (des) réponse(s) ?

- 1** Non
- 24** Oui

Quelle(s)réponse(s) ?

- 19** Aide à la verbalisation
- 2** Mise en place d'un débriefing post traumatique
- 2** Orientation vers la CUMP
- 22** Conseils / orientation vers un psychologue

NB : les 2 infirmiers ayant mis en place des débriefings sont ceux qui exercent en milieu psychiatrique.

➤ Selon vous, le soutien psychologique des sapeurs pompiers relève-t-il de votre rôle d'infirmier(e) sapeur pompier ?

- 25** Oui
- 0** Non

➤ Pourquoi ?

- 12** Dépend du rôle propre en matière d'éducation, de prévention et de santé publique
- 19** L'infirmier sapeur pompier est impliqué dans la vie des centres
- 15** Capacités d'observation des comportements
- 17** Formation en matière d'écoute et de soutien psychologique
- 8** Formation en psychiatrie permettant d'identifier les besoins

➤ Avez vous reçu une formation / des informations sur les psycho-traumatismes ?

- 16** Oui :
 - 14** Lors de vos études d'infirmier(e)
 - 0** Lors de votre formation d'infirmier(e) sapeur pompier
 - 2** Autres : lors de formations continues
- 9** Non

➤ Selon vous, à quel(s) niveau(x) pouvez-vous agir par rapport aux psycho-traumatismes chez les sapeurs pompiers ?

- 12** Lors de la formation de base des nouveaux sapeurs pompiers : AFPS, CFAPSE

- 2 Formation / cours à propos des psycho-traumatismes lors des gardes à la caserne
- 14 Information et sensibilisation des chefs de garde / chefs d'agrès
- 17 Sensibilisation des sapeurs pompiers lors de discussions informelles
- 2 Débriefings
- 0 Autres :.....

3. Les atouts de l'infirmier en matière de soutien psychologique

➤ Quels sont selon vous les atouts que possède l'infirmier sapeur pompier pour être acteur de ce soutien psychologique ?

- 14 Proche des sapeurs pompiers, bonne connaissance du milieu / rôle en retrait
- 12 Pas de barrière liée à la fonction (par rapport aux médecins)
- 4 Pas de barrière liée au grade (l'infirmier possédant un grade spécifique)
- 17 Bonne intégration dans les centres / présence sur le terrain
- 3 Formations sur les psychotraumatismes
- 8 Rôle d'interface avec psychologues et médecins.

➤ Et les difficultés ?

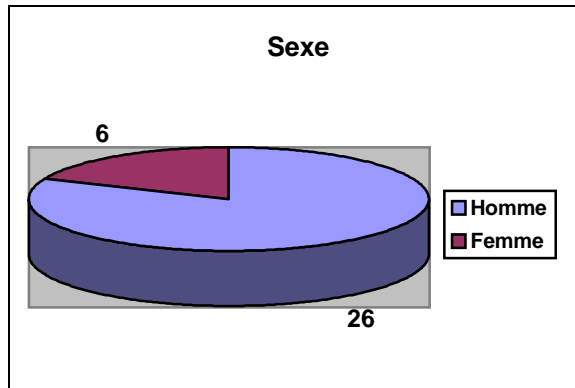
- 18 Manque de formation
- 14 Absence de formation des DE d'avant 1995
- 11 Formation insuffisante des DE depuis 1995

➤ Vos commentaires et suggestions :

- 1 Elaborer des formations spécifiques avec les personnels intéressés
- 3 Plusieurs niveaux de prise en charge possibles, suivant les compétences

Questionnaire anonyme destiné aux sapeurs pompiers

1. Sexe :



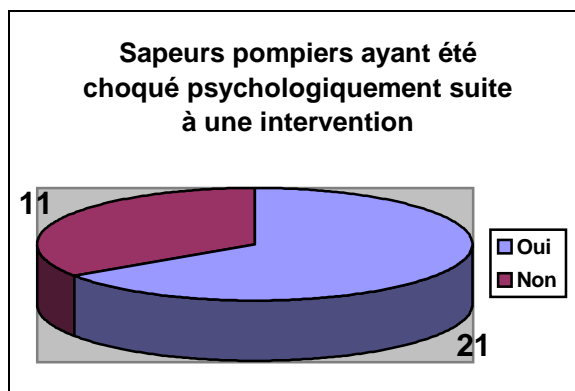
2. Vous êtes... :

32	Sapeur pompier volontaire
0	Sapeur Pompier professionnel
0	Sapeur pompier auxilliaire

3. Votre ancienneté :

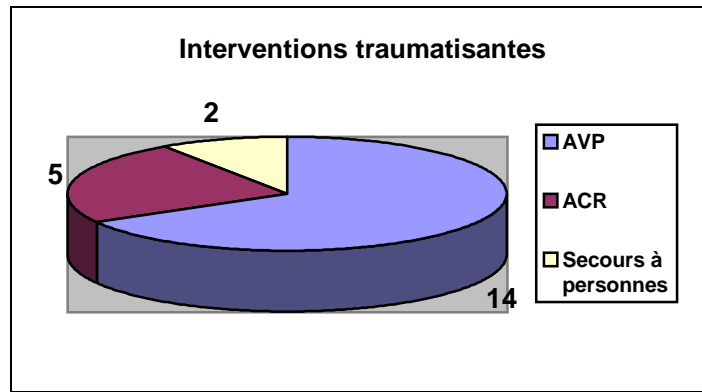
14	Moins de 5 ans
8	De 5 à 10 ans
9	De 10 à 15 ans
0	Plus de 15 ans

4. Avez-vous déjà eu l'impression d'être choqué psychologiquement suite à une intervention ?

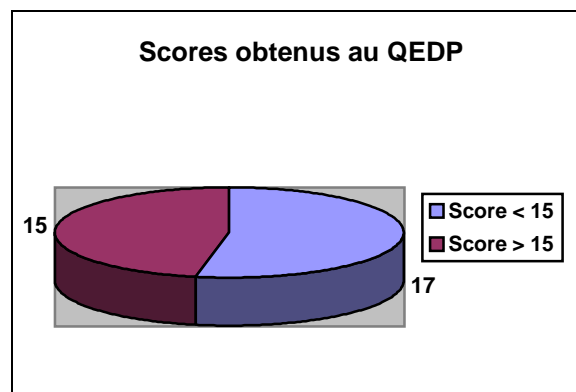


→ Si oui, lors de quel type d'intervention (AVP, ACR...) :

.....



5. Scores obtenus au QEDP



Analyse des enquêtes

En étudiant le dépouillement de l'enquête menée auprès des infirmiers sapeurs pompiers, plusieurs axes se sont dégagés. L'analyse descriptive ne suit donc pas l'ordre des questions de l'enquête, mais suivra ces axes de réflexion.

1. Analyse descriptive

1.1. Population enquêtée

1.1.1. Les infirmiers sapeurs pompiers

La répartition entre les infirmiers ayant obtenu leur diplôme d'état avant 1995 et ceux qui l'ont obtenu après est quasiment égale, à 1 infirmier près. Autrement dit, pour la moitié d'entre eux, la formation en psychiatrie est moins complète que les DE obtenus après 1995. Tout de même, sur ces 12 infirmiers, 3 disent posséder des connaissances en matière de psychotraumatismes, grâce aux formations continues.

La répartition hommes / femmes reflète quelque peu le milieu des sapeurs pompiers, qui reste encore faiblement féminisé.

En ce qui concerne l'activité professionnelle des infirmiers volontaires, nous pouvons remarquer que 21 d'entre eux travaillent en soins généraux, 2 en psychiatrie. Les 2 infirmiers restants sont des professionnels, et s'ils sont en minorité dans le cadre de cette enquête, c'est que les infirmiers sapeurs pompiers sont en majorité des volontaires.

Sur les 25 infirmiers ayant répondu au questionnaire, 18 sont infirmiers sapeurs pompiers depuis 5 à 10 ans, 7 ont une expérience de moins de 5 ans.

1.1.2. Les sapeurs pompiers

32 sapeurs pompiers ont répondu au questionnaire, ils sont tous volontaires. Ici encore, les hommes sont majoritaires, étant au nombre de 26 pour 6 femmes.

Au niveau de leur ancienneté, 14 sont sapeur pompier depuis moins de 5 ans, 8 ont une expérience de 5 à 10 ans, et 9 de 10 à 15 ans.

Sur ces 32 sapeurs pompiers, 21 ont affirmé avoir déjà été choqué psychologiquement suite à une intervention, 11 ne semblent pas avoir partagé ce ressenti. Ces derniers n'ont peut être jamais rencontré de situation traumatisante, ou alors il n'ont pas souhaité en faire part.

1.2. Identification et prise en charge du soutien psychologique chez les sapeurs pompiers

1.2.1. Identification du besoin de soutien psychologique

Les 25 infirmiers ont déjà eu l'occasion d'identifier un besoin de soutien psychologique chez des sapeurs pompiers. Dans la majorité des cas, ce sont les chefs de garde et les chefs d'agrès qui ont été demandeurs. De plus, 17 infirmiers disent l'avoir spontanément identifié, et 7 ont reçu des demandes directement formulées par les intéressés. La demande formulée par des collègues non impliqués arrive en dernier, seulement 4 infirmiers ayant rencontré ce cas de figure.

Ce besoin de soutien psychologique a été identifié en majorité suite à des accidents de la voie publique (24 réponses allant dans ce sens), puis suite à des secours à personne (7 réponses). Ils ne semblent pas avoir identifié d'autres types d'interventions posant problème.

Les accidents de la route représentent la première réponse des sapeurs pompiers, car plus de 57 % d'entre eux disent avoir été choqué suite à ce type d'intervention. Viennent ensuite l'arrêt cardio-respiratoire (5 réponses) et les secours à personnes (4 réponses).

1.2.2. Réponses apportées par les infirmiers sapeurs pompiers

Ces difficultés rencontrées chez les sapeurs pompiers ont entraîné une réponse chez 24 infirmiers, 1 a dit ne pas avoir apporté de réponse. Les actions mises en place diffèrent d'un individu à l'autre, et varient selon les compétences de chacun. Par exemple, 2 infirmiers ont mis en place un débriefing post traumatique, ce sont ceux qui travaillent par ailleurs en secteur psychiatrique. 22 ont répondu avoir conseillé la rencontre avec un psychologue ou un psychiatre, 19 ont aidé les sapeurs pompiers concernés à verbaliser (dans un cadre moins formel que le débriefing) et 2 ont orienté vers la CUMP²⁵. Il est à noter que cette orientation vers la CUMP s'est faite lors de l'incendie dans le tunnel du Mont Blanc, la cellule ayant été activée à cette occasion. Nous pouvons donc dire que cette réponse relève de l'exception, et n'est pas applicable au quotidien.

1.3. Ressources, atouts et difficultés rencontrées par les infirmiers

1.3.1. Ressources

En ce qui concerne la reconnaissance des qualifications en matière de soutien psychologique, les 25 infirmiers ayant répondu considèrent que cela fait partie de leur rôle d'infirmier sapeur pompier. Pour étayer cette affirmation, 19 mettent en avant l'implication des ISP dans la vie et le fonctionnement des centres. Les autres réponses concernent les compétences possédant tout infirmier, en matière d'observation des comportements (15 réponses), 17 mettent en avant la formation en matière d'écoute et de psychologie et 8 la formation reçue en psychiatrie (DE obtenu après 1995), permettant d'identifier les besoins. 12 considèrent que cela fait partie de leur rôle propre en matière d'éducation, de prévention et d'actions de santé publique.

1.3.2. Difficultés

Toujours concernant la formation, 9 infirmiers disent n'avoir reçu aucune formation en matière de psychotraumatismes, 16 ont reçu une formation (14 pendant les études menant au diplôme d'état, et 2 lors de formations continues).

Le manque de formation dans ce domaine est souligné par 18 infirmiers lorsqu'il leur est demandé de citer les difficultés qu'ils rencontrent en matière de soutien psychologique. 14 d'entre eux regrettent le peu de formation des DE d'avant 1995, et 11 jugent insuffisante la formation des DE obtenus après 1995.

1.3.3. Atouts

Malgré les difficultés rencontrées, qui semblent être majoritairement liées au manque de formation, les infirmiers sapeurs pompiers possèdent un certain nombre d'atouts pour mettre en place des actions. En premier lieu, vient l'intégration dans les centres et la participation aux interventions sur le terrain (17 réponses). 14 infirmiers disent être proches des sapeurs pompiers, et posséder une bonne connaissance du milieu, tout en possédant un rôle en retrait (de par son statut spécifique). 12 soulignent, dans le même sens, qu'il n'y a pas

²⁵ CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

de barrière liée à la fonction (contrairement aux médecins), ni au grade(4 réponses), l'infirmier n'étant pas un supérieur hiérarchique, même s'il est officier du SSSM. 8 infirmiers mettent en avant leur rôle d'interface entre sapeurs pompiers et psychologues ou psychiatres, 3 soulignent leur formation en matière de psychotraumatismes.

2. Analyse interprétative

Nous venons de voir que pour près de la moitié des infirmiers interrogés, il n'y a pas de formation en psychiatrie, mais ils ne sont que 9 à n'avoir reçu aucune formation ou information en matière de psychotraumatismes. Si la majorité d'entre eux déplore le manque de formation en la matière, cela ne les a pas empêché de mettre des actions en place lorsqu'ils ont pu identifier une détresse psychologique chez des sapeurs pompiers, excepté 1 infirmier. De plus, tous disent avoir été capables de dépister l'apparition de tels troubles. Le problème ne semble donc pas se poser au niveau du dépistage, puisque les 25 ISP ont été à même de repérer les difficultés rencontrées par les sapeurs pompiers.

Nous avons également pu voir que dans la majorité des cas, ce sont les chefs d'agrès et les chefs de garde qui ont été demandeurs de soutien psychologique pour leurs hommes, ceux-ci n'ayant effectué une démarche personnelle que dans 28 % des cas. Cette difficulté de verbalisation semble être un réel problème, spécifique au milieu des sapeurs pompiers.

La plupart des hommes banalisent la souffrance ou la taisent. Il est donc très difficile de leur demander de verbaliser quelque chose qu'ils mettent tout en œuvre à passer sous silence ou à cacher !²⁶

Ce constat est établi par Sandrine Ponnelle, psychologue du travail, instigatrice d'une enquête sur le stress chez les sapeurs pompiers, réalisée conjointement avec le SDIS de la Somme.

De même, seulement 4 infirmiers ont reçu des demandes émanant de collègues sapeurs pompiers non impliqués personnellement. En croisant ces résultats avec l'enquête menée chez les sapeurs pompiers, on peut s'apercevoir que plus de 65 % d'entre eux disent avoir au moins été une fois choqué suite à une intervention, et 53 % présentent un score de plus de 15 (défini comme étant le « seuil clinique ») au QEDP ce qui, sans aucune autre forme d'interprétation, témoigne de difficultés dans le vécu de certaines interventions. Le support du questionnaire anonyme a certainement été un atout certain pour leur permettre d'exprimer leur émotions.

Au vu des réponses des ISP, les chefs d'agrès et les chefs de garde semblent assurer un rôle de relais entre les sapeurs pompiers et les infirmiers, puisque 19 infirmiers ont repéré les troubles grâce à ces derniers. Les écrits rédigés à ce sujet vont dans le même sens, les gradés et officiers s'impliquent et sont demandeurs de soutien psychologique pour leurs hommes. Dans un article rédigé dans Le sapeur pompier d'octobre 1998, le capitaine Correard s'intéresse aux répercussions psychologiques sur les sapeurs pompiers intervenus lors d'une collision meurtrière entre un train et une voiture, ayant provoqué la mort de 5 jeunes de 20 à 25 ans. Il conclue ainsi : « Et ceux qui pensent encore que nous n'avons pas besoin d'aide sont des irresponsables, ou des imbéciles, ou les deux ! », souhaitant en même temps lancer un débat sur le sujet.

Dans tous les cas, la demande semble donc émaner du personnel d'encadrement, les sapeurs pompiers ayant des difficultés à verbaliser leur mal être. Nous l'avons vu dans les repères théoriques, le déterminisme professionnel est très ancré dans ce milieu, il existe donc un réel antagonisme dans les esprits entre ce qui est interprété comme une démonstration de faiblesse, et l'idée que les pompiers se font de leur profession.

²⁶ La psychologie à la rescousse des sapeurs pompiers, Le sapeur pompier n° 896, octobre 1998, p. 678.

S'il est un autre point d'accord entre les questionnaires remplis par les infirmiers et ceux retournés par les sapeurs pompiers, ce sont les interventions entraînant une souffrance psychologique. Les accidents de la route sont cités par 96 % des infirmiers, et plus de 66 % des sapeurs pompiers ayant été choqués. Ce type d'intervention semble être la principale cause de souffrance psychologique. Ce n'est pas étonnant, car si tous les AVP ne sont pas gravissimes, bon nombre d'entre eux possède les critères composant un événement traumatisant. Viennent ensuite les secours à personnes (7 réponses d'ISP), survenant parfois dans des circonstances difficiles (enfants, mort subite du nourrisson, décès...) et l'arrêt cardio-respiratoire (5 réponses de sapeurs pompiers) pouvant parfois amener à des sentiments d'horreur ou d'échec.

Par ailleurs, il apparaît que pour plus de la moitié (plus de 52 %) des sapeurs pompiers ayant reconnu avoir été choqué psychologiquement suite à une intervention, l'ancienneté est de moins de 5 ans. Cette période des 5 premières années d'exercice est « surtout pour les sapeurs pompiers volontaires [...] une période critique. [...] Un des premiers obstacles à surmonter est de manier les sentiments de faute et d'impuissance », affirme Erik De Soir, psychologue à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, dans un article traitant de la gestion du stress traumatique chez les sapeurs pompiers²⁷. Les sapeurs pompiers ayant peu d'expérience semblent donc représenter une population à risque en ce qui concerne l'exposition aux psychotraumatismes.

Suite à cela, nous avons vu que la majorité des infirmiers ont apporté une réponse au besoin de soutien psychologique des sapeurs pompiers. Les actions mises en place sont très hétérogènes, et semblent varier selon les compétences des ISP. Pour preuve les 2 réponses faisant état de la mise en place de débriefings post traumatiques, par les 2 infirmiers exerçant leur activité professionnelle en milieu psychiatrique. Certainement rompus aux techniques relationnelles, ils ont pu agir à un niveau hautement spécialisé, le débriefing requérant une méthode et des savoirs spécifiques, notamment en matière de gestion et d'animation de groupe.

19 infirmiers ont aidé à la verbalisation, et 22 ont prodigué des conseils pour consulter un intervenant spécialisé. On se situe ici dans le champ de compétences que possède tout infirmier, à savoir les capacités d'écoute, de soutien, et d'évaluation de la souffrance psychologique. A ce niveau, il aurait été intéressant de pouvoir établir le lien entre le moment où les infirmiers ont aidé à la verbalisation, et celui où ils décident de conseiller la consultation avec un spécialiste. Autrement dit, à quel moment l'écoute et l'empathie semblent ne plus suffire pour proposer une aide efficace, sur quels critères l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre semble judicieuse ? Cela fait certainement partie des limites de cette enquête.

Les infirmiers sont conscients de posséder un certain nombre d'atouts pour pouvoir mettre en place une relation d'aide avec les sapeurs pompiers qui en ont besoin, et tous considère que cela fait partie intégrante de leur mission (par rapport au rôle propre). L'implication dans la vie des centres semble être un atout majeur, ainsi que les capacités d'écoute et de soutien psychologique acquises durant leur formation initiale. Contrairement aux psychologues, rattachés au service départemental, les infirmiers sont intégrés dans les casernes. En d'autres termes, ils ont une bonne connaissance du milieu des sapeurs pompiers, eux aussi sont amenés à se déplacer sur le terrain, ils travaillent en collaboration avec les pompiers lorsqu'ils paramédicalisent ou participent à la médicalisation de certaines interventions. Dès lors, l'infirmier n'est pas un personnage lointain, et ce partage des

²⁷ Gestion du stress traumatique chez les sapeurs pompiers et les ambulanciers, Erik De Soir, Urgence pratique n°36, avril – mai 1999.

contraintes liées aux interventions semble attirer la confiance des sapeurs pompiers. Cette proximité est aussi liée au fait qu'il n'existe pas de barrière liée au grade (contrairement aux supérieurs hiérarchiques), ni à la fonction (contrairement aux médecins). Tout de même, 14 infirmiers citent le fait qu'ils ont un rôle en retrait, ils sont à part dans la hiérarchie des sapeurs pompiers, étant officiers du SSSM.

C'est d'ailleurs certainement cette présence sur le terrain couplée à leur rôle en retrait qui permet à 8 ISP d'assurer un rôle d'interface entre les pompiers et psychologues et médecins.

A noter tout de même que 2 infirmiers ont orienté des sapeurs pompiers vers la CUMP, lors de l'incendie dans le tunnel du Mont Blanc. Cette cellule n'étant activée que dans des situations exceptionnelles, ce type de prise en charge reste ponctuel.

Si les infirmiers jouent un rôle au niveau curatif, ils ont aussi des possibilités d'action en amont. La moitié d'entre eux pensent pouvoir intervenir lors de la formation de base des sapeurs pompiers, notamment lors des sessions de secourisme. En effet, le temps de l'apprentissage des gestes qu'ils auront à effectuer lors des secours à personnes, des accidents de la route n'est-il pas un moment judicieux pour les amener à s'interroger sur leur pratique, et sur les émotions qu'ils vont ressentir lors de ces interventions ? Cela ne permettrait-il pas de les aider à mettre en relation leurs émotions avec leur pratique quotidienne, en évitant peut être ainsi le clivage entre ce qu'ils ressentent et l'idée qu'ils se font de leur profession ? Reste à savoir sous quelle forme ce type d'action pourrait être mis en place, de quelle manière il pourrait s'articuler autour du programme officiel de formation, sans trop ajouter au temps qu'ils prennent sur leurs repos et sur leur activité professionnelle pour effectuer cette formation de secouriste.

17 infirmiers pensent aux discussions informelles afin de sensibiliser les sapeurs pompiers aux psychotraumatismes, jouant ainsi la carte de la diffusion des idées. Ce parti pris invite au dialogue, et permet d'échanger avec les pompiers, ce qui évite certainement de dramatiser et de « psychiatriser » la situation. La forme plus formelle des cours donnés lors de la formation continue pendant les gardes à la caserne n'emporte l'adhésion que de 2 infirmiers, cette méthode conduisant certainement moins à l'échange que les discussions moins formelles.

La majorité des ISP table sur l'information et la sensibilisation des chefs de gardes et des chefs d'agrès, qui semblent déjà souhaiter s'impliquer. Nous avons vu que la plupart des demandes de soutien était formulée par ce personnel d'encadrement, et peut-être qu'une information systématique et harmonisée permettrait un dépistage efficace. Ce sont eux qui sont en première ligne pour identifier les troubles, car ils sont aussi présents sur les interventions, possédant le rôle légèrement en retrait de coordinateurs et de décideurs, leur apportant par là même une vision globale des événements. Cette vision globale de l'intervention ne représente-t-elle pas un atout pour le dépistage des expériences de dissociation péri-traumatique ? Par ailleurs, le trajet de retour des interventions est souvent le moment où les premières interrogations surviennent, où le « contrecoup » bien connu des sapeurs pompiers apparaît. N'est-ce pas un moment privilégié permettant aux chefs d'agrès d'écouter leurs hommes, de repérer un vécu difficile chez certains d'entre eux ?

Malgré tout cela, les ISP semblent rencontrer des difficultés dans la mise en place du soutien psychologique. Tous mettent en avant un manque de connaissances liées au manque de formation, à l'absence de formation en psychiatrie des DE d'avant 1995, et une formation jugée trop généraliste des DE obtenus après 1995. Ces manques semblent être la principale cause de l'hétérogénéité des actions mises en place. Lorsque certains mettent en place et animent des débriefings post traumatiques, d'autres orientent directement vers des

professionnels spécialisés. S'ils ne doivent pas se substituer aux spécialistes, les infirmiers sont en mesure de proposer des prises en charge adaptées, et ce à plusieurs niveaux, en fonction des compétences de chacun (3 réponses). Un infirmier propose d'élaborer des formations spécifiques, adaptées, avec les personnels intéressés : membres du SSSM et sapeurs pompiers, ce qui permettrait en effet d'harmoniser les prises en charge, et de définir clairement des interlocuteurs pour les sapeurs pompiers en difficulté.

3. Synthèse de l'analyse

Les enquêtes menées conjointement chez les sapeurs pompiers et les infirmiers sapeurs pompiers font ressortir un certain nombre d'éléments récurrents.

- Il existe un réel besoin de soutien et d'aide psychologique, mais celui-ci dans la majorité des cas, n'est pas formulé par les intéressés eux-mêmes. Cela semble provenir de la contradiction entre l'idée qu'ils se font de leur métier, et de ce qu'ils considèrent comme étant une marque de faiblesse.
- Les sapeurs pompiers ayant peu d'ancienneté (moins de 5 ans) semblent rencontrer plus de difficultés que ceux qui sont expérimentés.
- La demande d'aide provient principalement du personnel d'encadrement, qui, par la place qu'il occupe, est en première ligne pour repérer d'une part les interventions à risque, d'autre part les changements de comportement.
- Les chefs d'agrès et chefs de garde s'impliquent dans le soutien psychologique apporté aux sapeurs pompiers.
- Les infirmiers sapeurs pompiers, de par leurs connaissances, leurs capacités d'observation et la place qu'ils occupent dans les centres sont eux aussi en première ligne pour dépister les troubles. De même, leur présence sur le terrain et leur participation aux interventions attirent la confiance des sapeurs pompiers. Par ailleurs leur statut spécifique d'infirmier dans la hiérarchie des sapeurs pompiers leur confère un rôle en retrait, idéal pour mettre en place une relation d'aide, celle-ci n'étant pas perturbée par une implication trop importante. Tous se sentent concernés par l'aide qu'ils peuvent apporter aux pompiers.
- Des difficultés liées au manque de formation sont rencontrées par les infirmiers sapeurs pompiers
- Les actions mises en place peuvent se situer à plusieurs niveaux, tant préventif que curatif, de même qu'elles varient selon les compétences de chacun.
- Les difficultés semblent survenir principalement après certains accidents de la route qui, nous l'avons vu, revêtent volontiers les caractéristiques d'un événement traumatisant :
 - événement soudain et inattendu
 - donnant un sentiment d'impuissance, d'affolement ou de colère
 - étant lié à des émotions fortes ou un sentiment de peur intense
 - confrontant les victimes de façon directe ou indirecte avec la mort ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de soi-même ou de l'autre.

Ces troubles semblent aussi survenir, à une fréquence moindre, après certains secours à personne, ou après des arrêts cardio-respiratoires, car ici encore, ils rencontrent le réel de la mort.

Solutions



Solutions

Au fil de mes recherches et de mes discussions avec sapeurs pompiers et infirmiers sapeurs pompiers, j'ai pu me rendre compte que le problème du soutien psychologique chez les sapeurs pompiers fait l'objet de plus en plus d'intérêt au sein des services d'incendie et de secours.

Peu à peu, des actions se mettent en place, et tendent vers une validation par les psychologues des SDIS. Ces derniers restent les référents en la matière, et supervisent les initiatives.

Des groupes de parole sont créés et proposés aux sapeurs pompiers. L'objectif est d'une part d'identifier les individus en souffrance et d'autre part de dédramatiser les situations.

Les sous-officiers, lors de leur formation, sont sensibilisés par les psychologues aux psychotraumatismes, car leur nouveau grade leur permettra d'assurer les fonctions de chef d'agrès et de chef de garde.

Les infirmiers sapeurs pompiers intéressés par ce type de prise en charge rencontrent les psychologues, ils créent ensemble des groupes de travail pour pouvoir être en mesure d'apporter des réponses aux demandes de soutien.

Ces initiatives sont très récentes, aucun recul n'est encore possible pour tenter de les évaluer. Toutefois, des améliorations sont d'ores et déjà applicables.

Actuellement, lorsque des sapeurs pompiers reviennent choqué psychologiquement d'une intervention particulièrement difficile, les chefs de centres contactent les psychologues au niveau des SDIS pour demander du soutien.

Bien souvent, les psychologues, bien moins nombreux que les infirmiers, sont difficilement joignables en dehors des heures ouvrables. De plus, le peu d'effectif impliquerait une disponibilité bien trop importante de leur part. Actuellement, il est donc difficile pour certains sapeurs pompiers d'obtenir une réponse par exemple la nuit ou les week-ends.

L'objectif actuel, au regard de la situation, serait de pouvoir proposer une réponse à chaque demande, quelle que soit l'heure, quelque soit le jour.

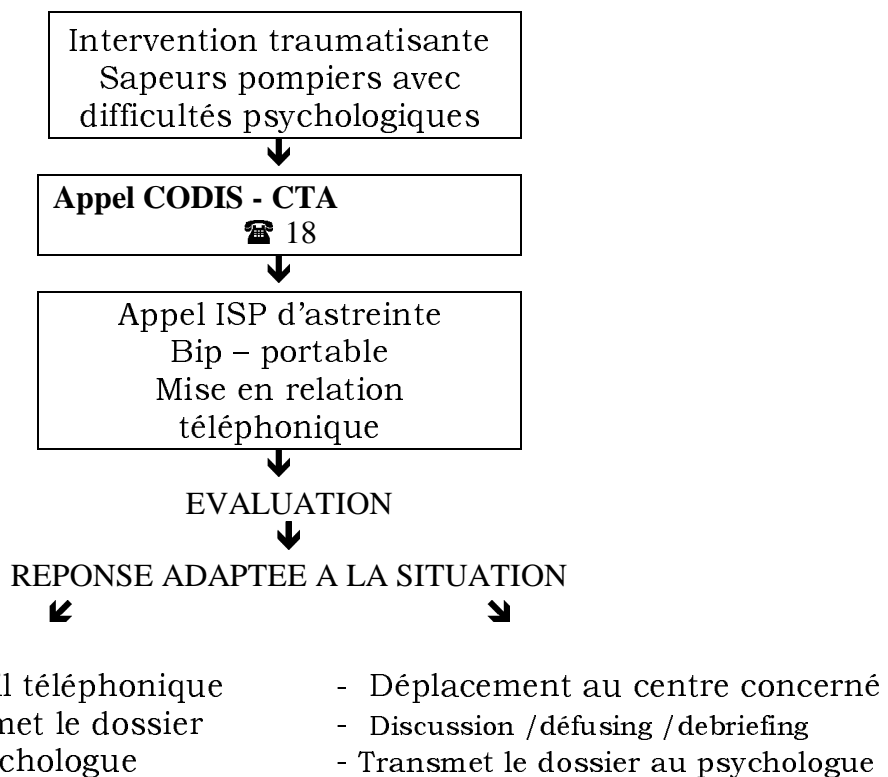
- Solution n°1 : création d'une liste d'astreinte des infirmiers sapeurs pompiers

Cette proposition, tout en s'adaptant aux gardes et astreintes déjà conséquentes des ISP, permettrait aux sapeurs pompiers d'obtenir une réponse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, lorsqu'ils demandent du soutien psychologique.

L'idée est de créer un support écrit, établissant une astreinte hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Le document serait confié au CODIS²⁸ - CTA, qui centraliserait les demandes, jouant ainsi le rôle d'intermédiaire entre les sapeurs pompiers et l'infirmier d'astreinte.

En ce qui concerne l'effectif, l'astreinte d'un infirmier par vallée semble réalisable. Cela diminuerait d'une part le nombre d'astreintes annuelles, d'autre part la réponse à apporter n'implique pas forcément le déplacement de l'infirmier. Dans les 2 cas, l'infirmier transmet le dossier au psychologue du SDIS, qui décide des suites ou non à apporter (proposition de consultation, suivi psychologique...). Cette mise en place peut être résumée par le schéma suivant :

²⁸ CODIS : Centre Opérationnel d'Incendie et de Secours. Généralement implanté au SDIS, il réceptionne les appels 18 par le biais du CTA. C'est l'organe qui gère l'activité opérationnelle des sapeurs pompiers au niveau départemental. C'est l'équivalent du SAMU.



▪ Solution n°2 : élaboration d'une formation par les différents intervenants intéressés

Les infirmiers suffisamment formés aux psychotraumatismes sont encore peu nombreux. Beaucoup déplorent ce manque de formation, et le considèrent comme une réelle difficulté dans ce type de prise en charge, s'estimant peut être insuffisamment armés pour faire face à ces situations.

La solution résiderait peut être en la création d'un groupe de travail composé par les différents intervenants intéressés (psychologues, médecins, infirmiers et sapeurs pompiers), chargés d'élaborer le contenu et les objectifs d'une formation spécifique.

Les objectifs sont de 2 ordres :

- Que les infirmiers parviennent à acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge des sapeurs pompiers traumatisés par une intervention.
- Que les réponses apportées et les actions mises en place soit harmonisées et stéréotypées, à type de protocoles.

Ces solutions dégageraient d'autre part du temps pour les médecins régulateurs du SAMU, parfois confrontés à ce type de problèmes, sans avoir toujours une solution concrète et immédiate à apporter.

Conclusion

Nous l'avons vu tout au long de ce travail, le métier de sapeur pompier est de plus en plus exposé aux situations psychologiquement choquantes, voire parfois traumatisantes. Le nombre croissant d'interventions, la pénurie de volontaires, les difficultés à intervenir dans certaines zones urbaines en font un métier de plus en plus difficile à exercer. Souvent en première ligne dans la chaîne des secours, les sapeurs pompiers rencontrent bon nombre de situations revêtant le caractère d'événement traumatique, notamment lors des secours routiers.

Depuis quelques temps, cette situation bénéficie d'un intérêt croissant, et les professionnels de santé exerçant au sein des sapeurs pompiers cherchent à y apporter des réponses. L'objectif actuel est d'harmoniser ces réponses afin de pouvoir proposer une prise en charge stéréotypée.

Forts de leur intégration dans les centres, et avec l'aide de formations adaptées, les infirmiers sapeurs pompiers ont une place réelle dans l'aide psychologique auprès des sapeurs pompiers. Leur rôle opérationnel sur le terrain, en matière de médecine d'urgence, leur présence dans les casernes en font des interlocuteurs connus de tous les sapeurs pompiers. Ils peuvent de plus jouer le rôle de relais entre sapeurs pompiers et psychologues, tout en dédramatisant les situations rencontrées. Leur écoute et leur soutien, acquis lors de leur formation initiale peuvent les y aider, de même que la mise en place de débriefings et de défusings peut être réalisée par des ISP spécialement formés à ces techniques. Les niveaux de prise en charge peuvent varier selon les compétences de chacun, l'idée principale étant de pouvoir proposer des réponses stéréotypées, avec des infirmiers tenant un discours commun.

Sans leur rappeler constamment, les sapeurs pompiers doivent être informés de la disponibilité d'un intervenant pouvant être à leur écoute, en permanence, lorsqu'ils en ont besoin. Le fait d'établir un protocole ou une astreinte constante permettrait de même de légitimer ces actions, et ainsi d'aider les sapeurs pompiers à demander de l'aide lorsqu'ils en ressentent le besoin.

S'incluant dans mon projet professionnel, ce travail de fin d'études a été l'occasion de rencontrer des gens très intéressants, très intéressés par leur métier, et ne fait que confirmer mon orientation professionnelle. Les missions de l'infirmier sapeur pompier sont très diversifiées, des visites médicales à la réanimation médicalisée, des protocoles d'hygiène à l'aide psychologique aux victimes, mais aussi aux sapeurs pompiers. C'est aussi l'occasion de travailler avec de nombreux partenaires : sapeurs pompiers, médecins, pharmaciens, psychologues, vétérinaires...

En matière de soutien psychologique, la demande actuelle des ISP se situe au niveau d'une formation adaptée à leur pratique quotidienne. Leur statut n'a été légitimé que récemment, beaucoup de choses sont mises en place, il reste encore à faire. J'espère que ce travail pourra servir dans ce sens, et peut être contribuer à l'amélioration de ce qui existe déjà à l'heure actuelle. C'est de même pour cela que je le laisse à disposition. Ce qui serait maintenant intéressant, dans le prolongement de ce mémoire, serait de se pencher sur le contenu d'une formation spécifique à destination des infirmiers sapeurs pompiers, adaptée à leurs pratique, leur permettant de posséder les outils nécessaire à une prise en charge harmonisée de la détresse psychologique des sapeurs pompiers suite à une intervention psychologiquement choquante ou traumatisante. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche...

Bibliographie

Bibliographie



Revue, périodiques, articles

- Le sapeur pompier, revue mensuelle de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France, n°896, octobre 1998, 64 pages.
- Urgence pratique n°36, avril – mai 1999, 58 pages.



Ouvrages

- Les traumatismes psychiques, Michel de Clercq et François Lebigot, collection Médecine et psychothérapie, éd. Masson, Paris, 2001, 384 pages.
- Les stress et la vie, Hans Selye, éd. Gallimard, 1975, Paris, 434 pages.



Dictionnaires

- Garnier Delamare, Dictionnaire des termes de médecine, 25^{ème} édition, revue et corrigée par Jacques Delamare, éd. Maloine, Paris, 1998, 973 pages.
- Le Petit Larousse 2001, édition CD ROM, © Larousse / HER 2000.



Sur Internet

- <http://www.interieur.gouv.fr> (site du Ministère de l'Intérieur)
- <http://www.pompiersdefrance.org> (site de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France).
- <http://www.urgence.com> (site de la revue Urgence Pratique)
- <http://www.serpsy.org>

Annexes

Annexe n° 1

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002.

Décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

NOR : MESP0220026D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le [code de la santé publique](#) ;

Vu le [décret no 90-1118](#) du 18 décembre 1990 modifiant le [décret no 47-1544](#) du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le [décret no 91-1281](#) du 17 décembre 1991 modifiant le [décret no 88-903](#) du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le [décret no 92-48](#) du 13 janvier 1992 modifiant le décret no 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le [décret no 93-221](#) du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1o De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2o De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3o De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4o De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5o De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 3. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic

infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Art. 4. - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Art. 5. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;
Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
Prévention et soins d'escarres ;
Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
Toilette périnéale ;
Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
Pose de timbres tuberculoniques et lecture ;
Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;
Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
Aide et soutien psychologique ;
Observation et surveillance des troubles du comportement ;
Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :

- a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Art. 6. - Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;

Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

Ablation du matériel de réparation cutanée ;

Pose de bandages de contention ;

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;

Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;

Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;

Mesure de la pression veineuse centrale ;

Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges

plasmatique ;
Saignées ;
Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
Recueil aseptique des urines ;
Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Art. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. 8. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :
Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;
Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
Pose de dispositifs d'immobilisation ;
Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;
Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;
Cures de sevrage et de sommeil.

Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :
Première injection d'une série d'allergènes ;
Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;
Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
Transports sanitaires :
a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :
1o Anesthésie générale ;
2o Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3o Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Art. 11. - Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1o Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2o Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3o Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4o Soins du nouveau-né en réanimation ;

5o Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Art. 12. - Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1o Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;

2o Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;

3o Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;

4o Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5o Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Art. 13. - En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 14. - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Éducation à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute

action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Art. 15. - Le décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Art. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin
Par le Premier ministre :
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou
Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

Annexe n° 2

Questionnaire anonyme destiné aux infirmiers
sapeurs pompiers

Questionnaire anonyme à destination des infirmier(e)s sapeurs pompiers

Bonjour,

Je m'appelle Damien Lespinasse, je suis étudiant en 3^{ème} année à l'IFSI d'Annemasse (74). J'effectue mon mémoire de fin d'études sur rôle de l'infirmier sapeur pompier dans le soutien psychologique des SP à la suite d'interventions traumatisantes. Ce questionnaire a 3 buts :

- Tenter d'évaluer la demande de soutien psychologique des sapeurs pompiers aux infirmiers.
- Tenter d'évaluer les ressources dont disposent les infirmiers pour répondre à cette demande.
- Recenser les actions déjà mises en place.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à cette enquête.

1. Vous êtes... :
 - un homme
 - une femme

2. Votre âge :.....

3. Depuis quelle année êtes vous infirmier(e) sapeur pompier ? :.....

4. Année d'obtention de votre D.E. :.....
 - ➔ Si l'obtention date d'avant 1995, quelle filière avez-vous suivi ? :
 - Infirmier(e) en soins généraux
 - Infirmier(e) de secteur psychiatrique

5. Etes-vous... :
 - infirmier(e) sapeur pompier volontaire
 - infirmier(e) sapeur pompier professionnel(le)
 - ➔ Si vous êtes volontaire, dans quel secteur exercez-vous votre activité professionnelle ?
 - Soins généraux
 - Psychiatrie
 - Santé publique
 - Autre secteur :.....

6. Avez-vous déjà eu l'occasion d'identifier un besoin de soutien psychologique chez des sapeurs pompiers ?
 - Non (passez à la question 7)
 - Oui :
 - Comment vous en êtes vous rendu(e) compte ?
 - Demande formulée par l' (les) intéressé(s)
 - Demande formulée par des collègues non concernés personnellement
 - Demande formulée par chef d'agrès / chef de garde
 - Vous l'avez spontanément identifié
 - Suite à quel(s) type(s) d'intervention ? (plusieurs réponses sont possibles)
 - Secours à personne
 - Accident sur la voie publique
 - Incendie
 - Autres :.....

Y avez-vous apporté une (des) réponse(s) ?

- Non (passez à la question 7)
- Oui

Quelle(s)réponse(s) ?.....

.....
.....

7. Selon vous, le soutien psychologique des sapeurs pompiers relève-t-il de votre rôle d'infirmier(e) sapeur pompier ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?.....

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

8. Avez vous reçu une formation / des informations sur les psycho-traumatismes ?

- Oui :
 - Lors de vos études d'infirmier(e)
 - Lors de votre formation d'infirmier(e) sapeur pompier
 - Autres :.....
- Non

9. Selon vous, à quel(s) niveau(x) pouvez-vous agir par rapport aux psycho-traumatismes chez les sapeurs pompiers ?

- Lors de la formation de base des nouveaux sapeurs pompiers : AFPS, CFAPSE
- Formation / cours à propos des psycho-traumatismes lors des gardes à la caserne
- Information et sensibilisation des chefs de garde / chefs d'agrès
- Sensibilisation des sapeurs pompiers lors de discussions informelles
- Débriefings
- Autres :.....

10. Quels sont selon vous les atouts que possède l'infirmier sapeur pompier pour être acteur de ce soutien psychologique ?

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

Et_les_difficultés ?.....
.....
.....
.....

11. Vos commentaires et suggestions :

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

Merci d'avoir pris du temps pour répondre à mon questionnaire, et de le rendre à de
façon à ce qu'ils me reviennent tous avant le vendredi 15 mars.

Damien Lespinasse.

Annexe n° 3

Questionnaire anonyme destiné aux sapeurs
pompiers

Damien Lespinasse
Etudiant infirmier 3^{ème} année
Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier d'Annemasse

Bonjour,

Je m'appelle Damien Lespinasse et je suis en 3^{ème} année à l'école d'infirmiers d'Annemasse.

J'effectue mon mémoire de fin de formation sur le thème des psycho-traumatismes chez les sapeurs pompiers.

Tout comme le questionnaire envoyé aux infirmiers sapeurs pompiers, celui ci est entièrement anonyme. Aucun nom ni lieu ne pourra être cité dans mon travail.

Une fois rempli, merci de le déposer dans la boîte prévue à cet effet avant le vendredi 12 avril.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à la réponse à ce questionnaire.

D. Lespinasse

J'étais désorienté(e) ; c'est à dire que par moment j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

pas du tout vrai *un peu vrai* *plutôt vrai* *très vrai* *extrêmement vrai*