



L'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER ET L'URGENCE PRE-HOSPITALIERE



TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES DU DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

LECROQ Jonathan
Promotion février 2003 – 2006

Institut de Formation
en Soins Infirmiers
CHR du Rouvray

REMERCIEMENTS

Ce travail de fin d'études n'aurait pu aboutir sans de nombreuses collaborations. Que toutes les personnes qui m'ont aidé à mener à bien ce travail soient ici remerciées, en particulier :

→ L'ensemble des sapeurs-pompiers que j'ai rencontré lors de mon stage au sein du service de santé, en particulier ceux du centre de secours de Canteleu et les infirmiers volontaires du groupement sud ; ainsi que Pascal C..., médecin-commandant du groupement sud,

→ Frédéric P..., infirmier sapeur-pompier professionnel du groupement sud, pour m'avoir permis de réaliser ce stage "atypique", pour son accueil, son encadrement et sa disponibilité, ainsi que pour son aide à la réalisation de ce mémoire,

→ François D..., infirmier sapeur-pompier volontaire, pour avoir accepté de répondre à mes questions d'entretien,

→ Valérie P..., cadre infirmière, pour m'avoir tant apporté et soutenu au cours de mes deux premières années de formation (un grand merci à vous),

→ Corinne G... et Mme L... pour leurs guidances et leurs aides à la réalisation de ce mémoire,

→ Enfin, un remerciement tout particulier à toute ma famille, mes parents, mon frère et ma sœur pour leurs soutiens respectifs, leurs encouragements, leurs présences, MERCI... (Une pensée à mon oncle Christian...).

SOMMAIRE

Introduction	1
Cadre conceptuel	3
Le concept de l'urgence en France	4
Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)	6
L'infirmier sapeur-pompier	8
Les protocoles de soins d'urgence	10
Analyse	13
Conclusion	19
Bibliographie	21
Annexes	25
Annexe I : schéma d'organisation des secours pré-hospitaliers	26
Annexe II : plaquette « Service de Santé et de Secours Médical »	28
Annexe III : plaquette « Les protocoles de soins d'urgence »	30
Annexe IV : grille des entretiens	33
Annexe V : protocole « analgésie » et feuille de surveillance infirmière	35

Introduction

Le principe des études d'infirmier est d'offrir une formation théorique et pratique identique à chaque étudiant. Seulement, peu d'entre eux auront eu ma chance, celle de découvrir un autre aspect de la médecine : la médecine d'urgence pré-hospitalière.

C'est en fait à l'occasion d'un de mes stages complémentaires de deuxième année que j'ai eu la possibilité d'intégrer un milieu qui me fascine depuis longtemps déjà : celui des sapeurs-pompiers.

Quel petit garçon n'a jamais rêvé, en effet, de monter un jour dans un de ces camions rouges, de porter cet uniforme prestigieux symbole du « *courage et du dévouement* »¹, de partir en trombe en intervention pour porter assistance à une personne en péril ? Certains abandonnent ce rêve en grandissant ; pour d'autres, comme moi, ce rêve d'enfant mûri d'années en années, jusqu'à devenir une véritable passion, restée encore inaccessible jusqu'à ce stage...

Constat de stage :

A l'heure où la pénurie des infirmiers commence à se combler, c'est maintenant celle des médecins² qui commence à inquiéter les pouvoirs publics, générant des difficultés quant au maintien des gardes des médecins généralistes en ville, et surchargeant chaque jour un peu plus les services d'accueil des urgences.

Cet état de fait, j'en ai réellement pris conscience lors de mon stage auprès des infirmiers sapeurs-pompiers, au cours duquel j'ai pu constater que les infirmiers étaient amenés à prendre des gardes dans des centres de secours, afin de permettre une médicalisation des patients au moyen de protocoles de soins d'urgence.

Pour l'infirmier, cet exercice est récent, mais il permet d'offrir au patient une compensation paramédicale à sa prise en charge pré-hospitalière. Cependant, le système semble montrer rapidement ses limites, en ce sens où les protocoles restent des prescriptions médicales standardisées, et donc pas toujours applicables au vu des situations rencontrées.

Un exemple : lors d'une des gardes en centre de secours que j'ai réalisé pendant mon stage, nous avons été confrontés à une femme enceinte de huit mois qui présentait des contractions utérines toutes les 10 minutes, depuis 1h30 environ. Une fois le bilan paramédical de la patiente achevé, celui-ci a été transmis au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). Ce dernier n'a pas eu d'autre alternative que de laisser l'équipe de secouristes et l'infirmier (pour qui aucun protocole n'encadrerait ce type d'urgence) gérer à eux seuls l'intervention et le transport de la patiente ; cette décision se trouvant justifiée par manque de renfort médical possible (aucune garde de médecin généraliste sur le secteur, et toutes les antennes du SAMU étaient alors indisponibles).

Ainsi, c'est face à cette situation médico-légale difficile à gérer que je me suis posé la question suivante : dans ce contexte de pénurie de médecins, l'apparition de protocoles de soins d'urgence à destination des infirmiers sapeurs-pompiers est-elle la solution d'avenir quant à la prise en charge correcte des patients en pré-hospitalier ?

¹ Devise du corps des sapeurs-pompiers

² Sources : BLANCHARD, S. « Vers une pénurie de généralistes » ; DELPUGET, J. « Pénurie médicale : une priorité » ; LEFEU, S. « Le secours à victime dans 10 ans »...

Cadre conceptuel

Le concept de l'urgence en France

Le système français des urgences médicales se décompose en deux grands axes : le pré-hospitalier, et l'hospitalier.

L'urgence pré-hospitalière¹ :

Par définition, l'urgence pré-hospitalière consiste à prendre en charge tous « *cas urgents, nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale rapide* »² en amont de l'hospitalisation à proprement parlée. En France, elle répond au principe du « *stop and play* », c'est à dire traiter les urgences avant le transport à l'hôpital (à l'opposé du « *scoop and run* » américain). Elle est réalisée grâce à différents services de secours spécialisés, régulés par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), et dont les domaines de compétences sont clairement définis par la loi 86-11 du 06 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

On y retrouve :

- les médecins généralistes de ville : ils se rendent au domicile des patients sur appel de ceux-ci ou du SAMU pour établir un premier diagnostic médical. Si besoin, le médecin pourra envisager une hospitalisation et fera alors appel à une ambulance privée de garde ou, selon la gravité, au SAMU. Ce premier maillon médical reste facultatif lors de la prise en charge d'un patient en détresse vitale.

- les ambulances privées : elles assurent les transports sanitaires urgents directement en milieu privé (c'est à dire essentiellement au domicile des patients), le plus souvent sur demande d'un médecin généraliste, et à condition que l'état du patient ne nécessite pas de médicalisation. Elles peuvent aussi intervenir sur demande du SAMU.

- les sapeurs-pompiers : ils interviennent essentiellement en milieu public (sur la voie publique, centres commerciaux...), mais aussi au domicile du patient dans le cadre du « prompt secours », qui vise « *à prendre en charge sans délai des détresses vitales, ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme* »³.

Enfin, selon les régions, d'autres organismes viennent renforcer ces services d'urgences pré-hospitaliers, comme *SOS Médecins*, *la Croix-Rouge Française*, *les Associations de la Protection Civile*...

L'urgence hospitalière :

Les services d'urgences hospitaliers sont de deux types :

- le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) : régi par le décret 87-1005 du 16 décembre 1987 définissant ses missions et son organisation, le SAMU a une fonction de conseiller médical grâce à son Centre 15 où un médecin régulateur reçoit les appels des patients et des services de secours pré-hospitaliers. Directement rattaché à un hôpital, le SAMU est aussi l'organisme de référence dans la coordination et la régulation des urgences. Il est ainsi appelé à diriger le service de secours pré-hospitalier le plus approprié en fonction

¹ Voir schéma en annexe I

² Définition de l'urgence selon *Le petit Larousse illustré 2006*

³ Définition du prompt secours selon la circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

de l'urgence décrite par téléphone et, si nécessaire, à envoyer un véhicule du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dès lors qu'un patient nécessite une prise en charge médicale. Enfin, il participe et coordonne les urgences de grande ampleur (plan ORSEC...).

- les Services d'Accueil des Urgences (SAU) : ils ont pour mission d'accueillir sans sélection tous les patients dont la situation demande des soins en urgence¹. C'est donc au sein de ces services que convergent les patients pris en charge en pré-hospitalier afin de diagnostiquer et traiter rapidement les urgences médicales et chirurgicales. Une fois tout risque vital écarté, plusieurs solutions seront proposées au patient :

- un retour à domicile,
- une hospitalisation en « service porte », permettant une surveillance médicale des patients d'une durée de vingt-quatre heures maximum,
- une hospitalisation dans un service adapté à sa pathologie.

La réponse graduée, un nouveau concept français :

Le concept de l'urgence médicale français répond donc à un schéma précis afin de permettre une prise en charge adaptée des patients.

Toutefois, « *la baisse générale de la démographie médicale à laquelle on assiste aujourd'hui nécessite de trouver des solutions alternatives à ce manque de médecins* »². Un nouveau concept tend donc à se développer dans l'organisation des urgences pré-hospitalières : celui de la réponse graduée.

Ce concept permet alors au patient de « *bénéficier d'une réponse [médicale] de différents niveaux croissants de compétence* »³ établie comme suit :

équipe secouriste → infirmier → médecin.

D'où « *le vœu de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France d'évoluer vers la mise en place d'infirmiers qui pourront, sur protocole, pratiquer des gestes médicaux* »².

D'autant plus que les études réalisées ont démontré que sur l'ensemble du secours à personnes, 25% des interventions pouvaient être menées par des secouristes seuls, 70% par un infirmier, et seulement 5% requièrent la présence effective d'un médecin³.

Notons d'ailleurs à ce sujet que certains SMUR du sud de la France ont eux aussi adopté ce nouveau concept de la réponse graduée. C'est le cas, par exemple, dans le Var où depuis le 1^{er} juin 2003 des infirmiers urgentistes sont appelés à partir en intervention sans médecin à bord du véhicule, « *faute de praticiens en effectif suffisant* »⁴.

¹ Source : module Urgences, Réanimation et Transfusions / cours *Présentation du SAMU* par A. LEJEUNE, cadre de santé.

² LEFEU, S. 2005. « Le secours à victime dans 10 ans ».- *Le sapeur-pompier magazine Cahier fédéral*, n° 972, page XIII.

³ DESCHIN, J-P. « La réponse graduée ».- *Le sapeur-pompier magazine*, n° 947, pages 56 à 60.

⁴ CHARDON, D. « Polémique autour de la décision du SMUR du Var de sortir parfois sans médecins ».- *Le quotidien du médecin*, 14 avril 2003.

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)

Généralités :

Sous tutelle du ministère de l'intérieur, l'organisation actuelle du corps des sapeurs-pompiers repose sur la loi du 3 mai 1996. Celle-ci confère l'autonomie nécessaire à chaque département français pour l'organisation interne de son propre service d'incendie et de secours, notamment concernant le choix des véhicules et du matériel opérationnel, du nombre de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, de la répartition géographique des centres de secours, la gestion du budget...

Les sapeurs-pompiers :

Il existe trois catégories de sapeurs-pompiers : les professionnels, les volontaires, et les militaires. Tous se sont engagés pour assurer les mêmes missions :

- la sauvegarde des populations, appelée dans le dialecte pompier le « secours à personnes », allant de l'accident domestique à la catastrophe de grande ampleur ;
- la protection de l'environnement : lutte contre les feux de forêts et les pollutions... ;
- la protection des biens matériels : lutte contre l'incendie, intervention lors des inondations...

Les sapeurs-pompiers sont répartis dans les différents centres de secours du département. Ces centres disposent d'un équipement matériel et humain variables selon les risques évalués autour de leurs sites d'implantation. Ainsi, on distingue les Centres de Secours Principaux (CSP), les Centres d'Incendie et de Secours (CIS) et les Centres de Première Intervention (CPI).

Le Secours à Personnes (SAP) :

Le secours à personnes est régi par l'arrêté du 29 janvier 1979 relatif à l'habilitation des sapeurs-pompiers à effectuer les transports sanitaires urgents.

Il représente environ 60% de l'activité opérationnelle des sapeurs-pompiers.

Sous l'autorité du chef d'agrès (sapeur-pompier le plus gradé de l'équipe, responsable du bon déroulement de l'intervention), les sapeurs-pompiers effectuent les gestes de secourisme s'imposant face à la détresse vitale du patient, avant de la transporter, le cas échéant, vers le service d'urgence décidé par le SAMU. Ce transport sera effectué à bord de l'ambulance des sapeurs-pompiers, appelée Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV).

Le Service de Santé et de Secours Médical¹ :

Conformément à la loi du 3 mai 1996, « *chaque SDIS comprend un Service de Santé et de Secours Médical* », communément surnommé SSSM.

Les SDIS disposent, à travers leurs SSSM, d'un réseau d'urgentistes regroupant des médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers placés sous l'autorité du médecin-chef départemental.

¹ Source: www.interieur.gouv.fr : *Le SSSM, le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers* (joint en annexe II).

La plupart de ces professionnels de santé ont le statut de sapeurs-pompiers volontaires, exerçant une activité hospitalière ou libérale en parallèle de leur engagement. D'autres, moins nombreux, sont professionnels et assurent l'encadrement de leurs collègues volontaires. Tous sont répartis de façon homogène sur l'ensemble du département afin de créer un maillage serré du territoire, permettant ainsi une grande rapidité d'intervention et une médicalisation immédiate des patients, soit en attente d'un renfort du SMUR, soit en tant qu'acteur unique de la médicalisation.

Officialisées par l'article R.1424-24 du code général des collectivités territoriales, les missions du SSSM sont les suivantes :

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

En outre, le service de santé et de secours médical participe :

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

En octobre 2005, l'effectif total, en France, des membres du SSSM est évalué à 10452 sapeurs-pompiers, toutes professions confondues¹.

¹ Chiffre avancé par le ministère de l'intérieur sur le site www.interieur.gouv.fr

L'infirmier sapeur-pompier

Ce travail étant réalisé dans le cadre des études du diplôme d'état infirmier, il portera essentiellement sur une présentation des fonctions de l'infirmier au sein du SSSM, délaissant volontairement les autres professionnels de santé.

Cadre législatif :

L'infirmier sapeur-pompier détient une place au sein du Service de Santé et de Secours Médical depuis plus de dix ans, mais ce n'est que depuis le décret du 26 décembre 1997 que son statut a été officialisé.

Le recrutement se fait après l'obtention du diplôme d'état infirmier, soit en tant que volontaire, soit en tant que professionnel.

Un quota d'infirmier a été établi comme suit :

- un ou des emplois d'infirmier professionnel, en nombre au plus égal à celui des médecins, à raison d'un infirmier pour 150 sapeurs-pompiers professionnels ou 1000 sapeurs-pompiers volontaires¹,
- aucune restriction concernant les infirmiers sapeurs-pompiers volontaires qui sont recrutés tant que les besoins du service ne sont pas satisfaits.

Le cadre législatif de l'infirmier sapeur-pompier est défini par trois textes :

- le décret n° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004² 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 SDIS et définissant le rôle de l'infirmier sapeur-pompier,
- la circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 interdisant l'activité incendie au personnel du SSSM.

Missions de l'infirmier sapeur-pompier :

Qu'il soit professionnel ou volontaire, les missions dévolues à l'infirmier sapeur-pompier varient peu, mais notons que les infirmiers professionnels assurent, en plus, l'encadrement de leurs homologues volontaires.

L'infirmier assure ses missions en collaboration avec les autres membres du SSSM, et sous l'autorité du médecin-chef départemental. Ainsi :

- il réalise les visites paramédicales d'aptitude des sapeurs-pompiers,
- il vérifie l'état du matériel médico-secouriste, et gère les produits consommables en collaboration avec le pharmacien sapeur-pompier,
- il participe à la formation des sapeurs-pompiers en matière de secourisme, d'hygiène, et de sécurité du travail,
- il assure un soutien sanitaire aux sapeurs-pompiers en intervention,
- enfin, il participe aux interventions de secours à personnes, en vertu de l'article R. 1424-24 du code des collectivités territoriales.

¹ Quota prévu par l'article R. 1424-25 du code général des collectivités territoriales.

² Le décret de compétence infirmier dépend dorénavant du code de la santé publique ; il reste identique à celui du 11 février 2002, seule la numérotation change.

L'infirmier sapeur-pompier en intervention :

Selon les départements et la répartition géographique du personnel du SSSM, l'infirmier peut être amené à travailler :

- directement auprès d'un médecin sapeur-pompier présent sur les lieux d'intervention. Il s'agit là du cadre idéal d'intervention pour l'infirmier qui peut alors appliquer l'ensemble des soins relevant de sa compétence, c'est à dire son rôle propre, son rôle sur prescription, et son rôle en collaboration (articles R. 4311-5, -6, -7, -9 et -10 du décret de compétences infirmier du 29 juillet 2004).

- en l'absence d'un médecin, mais avec des protocoles de soins d'urgence. Dans ce cas, l'infirmier intervient avec du matériel médical qu'il est autorisé à utiliser sans la présence effective d'un médecin, afin de dispenser les soins médicaux prévus par ses protocoles (ceux correspondant à l'article R. 4311-7 du décret de compétences infirmier), et cela en plus de son rôle propre.

- sans la présence d'un médecin, et sans protocole de soins d'urgence. Dès lors, le champ d'action de l'infirmier relève uniquement de son rôle propre prévu par l'article R. 4311-5 et -6 du décret de compétences infirmier. Son seul recours restera le médecin du SAMU qui, s'il le juge nécessaire, lui établira une prescription médicale orale visant à protéger l'état de santé du patient, dans l'attente d'un renfort médicalisé.

Les difficultés de disponibilité des médecins sapeurs-pompiers (et leur nombre souvent trop réduit...) ainsi que le peu d'intérêt médical qu'offre un infirmier sans protocole, font de la « protocolisation » de l'infirmier sapeur-pompier le compromis idéal, par défaut, à l'administration de soins médicaux urgents aux patients.

C'est donc bien le deuxième mode d'intervention présenté ci-dessus qui se développe progressivement en France, selon le principe de la réponse graduée.

Les protocoles de soins d'urgence

Définition :

Selon le ministère de la santé, « *les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité* »¹.

On ne s'intéressera pas ici aux protocoles de soins infirmiers, véritables « *descriptifs de techniques à appliquer* » lors des soins ; mais bien aux protocoles décrivant des procédures médicales réalisables par des infirmiers. Dans cette configuration, les protocoles peuvent donc être assimilés à des prescriptions médicales standardisées et anticipées, prévues pour la prise en charge de patients en détresse vitale.

Cadre législatif :

C'est l'article R. 4311-14 du code de la santé publique, relatif à l'exercice de la profession infirmière, qui régit l'emploi de protocoles par les infirmiers :

« *En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier 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* »².

De plus, cette disposition se trouve confortée par la circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 qui prévoit que l'infirmier sapeur-pompier « *sera autorisé par le médecin-chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocoles* »³.

Protocoles et responsabilités juridiques :

L'usage de protocoles médicaux en pré-hospitalier n'est pas sans entraîner un certain nombre de risques juridiques pour le médecin responsable de l'infirmier (en l'occurrence le médecin-chef départemental), et bien entendu pour l'infirmier lui-même.

En tant que rédacteur (et donc prescripteur) du protocole, le médecin-chef départemental est juridiquement responsable des actes médicaux dispensés par ses infirmiers, comme le prévoient les articles 1384 du code civil, et 131-3 du nouveau code pénal⁴. Le médecin est donc astreint d'établir ses prescriptions médicales ainsi que ses protocoles de soins d'urgence avec toute la clarté nécessaire afin « *d'augmenter la qualité de l'exécution des soins et la sécurité des patients* »⁵.

Alors, et dans la mesure où le protocole d'urgence est établi avec toute la pertinence et la rigueur médicale qui s'impose, la seule responsabilité de l'infirmier sera retenue en cas

¹ Ministère de la santé, « Le traitement médicamenteux de la douleur ».

² Ministère de la santé, « Profession infirmier » (recueil des principaux textes de la profession).

³ COUESSUREL, N. *Contexte juridique des infirmiers sapeurs-pompiers*. www.infirmiers.com

⁴ Source : module optionnel « L'infirmier et l'encadrement » / cours *Responsabilité et encadrement*.

⁵ Circulaire DGS/DH n° 387 du 15 septembre 1989.

d'erreur, intentionnelle ou non, commise lors de la réalisation d'un soin ; notamment en cas de dépassement thérapeutique d'un protocole, considéré comme exercice illégal de la médecine et puni par le code de la santé publique. L'infirmier est donc juridiquement responsable de ses actes, en vertu des articles 1382 et 1383 du code civil et l'article 121-3 du code pénal¹.

Il convient donc ici de distinguer d'une part la rédaction du protocole, et d'autre part l'application des soins qui s'y rapportent, afin de délimiter la responsabilité juridique de chacun.

Validité d'un protocole :

Au vu des ces enjeux juridiques, l'élaboration d'un protocole doit répondre à quelques exigences, dans l'intérêt du médecin-chef, de l'infirmier et du patient lui-même. Selon le document² élaboré par N. LELIEVRE, juriste spécialisée en droit de la santé, la validité d'un protocole implique qu'il soit :

- *élaboré conjointement par des personnels médicaux et infirmiers impliqués dans sa mise en œuvre,*
- *validé par l'ensemble de l'équipe médicale, le pharmacien et le directeur du service de soins infirmiers,*
- *daté et signé par le médecin responsable et le cadre de santé du service,*
- *diffusé à l'ensemble du personnel médical et paramédical du service, au directeur d'établissement, au directeur du service de soins infirmiers, et au pharmacien,*
- *remis au nouveau personnel dès son arrivée,*
- *accessible en permanence dans le service,*
- *placé dans un classeur identifié et affiché si l'organisation du service s'y prête,*
- *évalué et, si nécessaire, réajusté et dans ce cas, redaté et signé,*
- *revu obligatoirement au moins une fois par an,*
- *revalidé systématiquement à chaque changement de l'un des signataires, et diffusé.*

Précisons que la démarche de validité présentée ici paraît plus adaptée aux protocoles des services hospitaliers, qu'à ceux des services de santé des sapeurs-pompiers. D'ailleurs, un item se doit d'y être rajouté puisque, dans le cadre d'un usage pré-hospitalier, il est bien évident qu'un protocole ne pourra être validé s'il propose des actes où la présence effective d'un médecin est requise (actes prévus aux articles R.4311-9 et -10 du décret de compétences).

Les protocoles et leurs limites :

En théorie, ce système de médicalisation au moyen de protocoles de soins d'urgence semble à l'avantage du patient, en ce sens où « *les protocoles peuvent être un véritable remède pour une prise en charge de qualité du patient et de limiter toute carence dans sa prise en charge* »².

Toutefois, les nombreuses réflexions menées par les professionnels de l'urgence pré-hospitalière laissent apparaître des limites à ce mode de prise en charge.

La première d'entre elles repose sans conteste sur la notion de pluralité implicite aux protocoles : à l'opposé de la prescription médicale traditionnelle, le protocole est prévu pour trouver application à une pluralité de patients, élément nécessaire dans le cadre des urgences

¹ Module optionnel « L'infirmier et l'encadrement » / cours *Responsabilité et encadrement*.

² Extrait du site www.infirmiers.com / *Les protocoles de soins : validité et conditions d'application*.

pré-hospitalières où l'infirmier se trouve isolé d'un médecin ; mais qui, en contrepartie, ne permet pas de prendre en considération les éléments propres à chaque patient, comme ses antécédents médicaux, par exemple.

Un autre problème se pose concernant la formation des infirmiers sapeurs-pompiers quant à l'application de leurs protocoles médicaux. En effet, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ne forment pas les étudiants à la médecine pré-hospitalière et à l'application de protocoles d'urgence. Comment, alors, juger apte un infirmier récemment diplômé à administrer des soins « protocolisés », sans risque pour le patient ? Existe-t-il une formation d'aptitude à l'utilisation de protocoles ? Ce qui est sûr c'est que la formation initiale des infirmiers sapeurs-pompiers, dispensée dans une structure nationale, semble peu propice à une telle formation, en ce sens où les protocoles de soins d'urgence diffèrent d'un département à l'autre. Reste alors à la charge des services de santé de chaque département d'instaurer ce type de formation ; mais là, aucune donnée consultée au cours de mes recherches ne semble la rendre obligatoire.

Et le patient ?

Le patient détient une place centrale dans l'organisation des urgences médicales pré-hospitalières. Tout s'articule autour de lui afin de lui apporter des soins toujours plus complets et adaptés à son état clinique.

En pré-hospitalier, cela devrait se traduire à terme par une diminution considérable des délais d'attente d'une assistance médicale, grâce notamment au développement de la réponse graduée et la paramédicalisation récente des secours par des infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels de santé de proximité. D'ailleurs, par souci d'efficacité et de sécurité pour le patient, les protocoles de soins d'urgence sont tous rédigés de sorte à ce qu'ils amènent l'infirmier à adopter une attitude thérapeutique réflexe, plutôt qu'une réelle démarche diagnostique. Ainsi, comme le précise le médecin-capitaine Gagneux-Pinçon, la médicalisation des patients sur protocole est une « *démarche [qui] ne consiste pas à vouloir doter, de façon abusive et irresponsable, les infirmiers sapeurs-pompiers de nouvelles prérogatives qu'ils ne sauraient assumer. Bien au contraire, nous ne faisons qu'exploiter, à leur juste niveau et dans un strict contrôle, leurs réelles compétences professionnelles* »¹.

¹ MAURICE, C. « L'infirmier SP, le chaînon qui manquait... ». – *Le sapeur pompier magazine*, juin 2004

Analyse

Méthodologie :

La troisième partie de ce travail de fin d'études est consacrée à l'analyse des entretiens en les confrontant aux données théoriques précédemment acquises.

Ces deux entretiens ont été réalisés selon un modèle semi-directif, c'est-à-dire orientés, au moyen de questions de relance, sur le thème des protocoles de soins d'urgence en pré-hospitalier. De ce fait, l'ensemble des données théoriques traitées ci-dessus (comme la présentation des différents services d'urgences) ne seront pas analysées ici, celles-ci ayant surtout une valeur introductive nécessaire à la compréhension du sujet proprement dit.

La population étudiée est inévitablement constituée d'un infirmier sapeur-pompier professionnel (exerçant, par ailleurs, une activité d'infirmier volontaire) et d'un infirmier sapeur-pompier volontaire, rattaché à un centre de secours rural. Cette population cible m'a permis d'obtenir des informations à la fois administratives et techniques grâce au cadre d'emploi différent de ces deux infirmiers.

La grille d'entretien est disponible en annexe IV.

Analyse des entretiens :

Le premier fait à analyser concerne l'élaboration des protocoles de soins. Plus haut, nous avons retranscrit les éléments essentiels permettant, selon N. LELIEVRE, de valider un protocole en tant que tel. Nous en avons conclu que la démarche proposée semblait plus facilement applicable aux protocoles prévus à un usage hospitalier.

Qu'en est-il du pré-hospitalier ?

La grande richesse de mes entretiens repose sur le fait que les deux infirmiers interrogés ont participé, dès l'arrivée du nouveau médecin-chef, à la réactualisation des protocoles en vigueur dans le département¹. Cette première donnée est donc, en partie, conforme à la démarche de validité de N. LELIEVRE : les protocoles d'urgence sont bien « *revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires* »². De plus, une évaluation périodique de ces protocoles semble aussi être réalisée, dans le but de prendre en compte « *l'évolution des connaissances scientifiques et les consensus médicaux* »³. Précisons toutefois que cette information n'est relatée qu'au cours d'un seul entretien et qu'aucune notion ne semble l'astreindre à une mise à jour d'au moins une fois par an.

Ensuite, les propos recueillis auprès des deux infirmiers m'ont aussi permis de prendre connaissance de la démarche de création des protocoles. En effet, bien que n'ayant pas participé à leurs créations, les deux infirmiers interrogés n'en connaissent pas moins le déroulement. L'élaboration des protocoles, comme leurs réévaluations, peut être proposée soit par le médecin-chef départemental, soit par le personnel de terrain que sont les infirmiers, médecins, vétérinaires... Les protocoles sont établis par le médecin-chef départemental et soumis à la validation du Comité Consultatif du Service de Santé (CCSS), constitué de médecins, d'infirmiers, de vétérinaires et de pharmaciens sapeurs-pompiers professionnels et volontaires. Le CCSS doit veiller, toujours dans un but de protection juridique de chacun et dans l'intérêt du patient, à ce que les protocoles soient établis avec clarté, sous forme de démarche réflexe, en tenant compte des dernières évolutions médicales et secouristes existantes. Enfin, une fois établis, les protocoles sont soumis à l'approbation du SAMU, sous

¹ Le département concerné est celui de la Seine-Maritime ; 11 protocoles sont disponibles depuis 2000, avec une réactualisation en date du 13 avril 2004.

² Extrait du site www.infirmiers.com / Les protocoles de soins : validité et conditions d'application

³ Propos recueillis lors d'un entretien.

le couvert du médecin chef de service, qui dispose de l'ensemble des protocoles du Service de Santé et de Secours Médical.

Ainsi, les similitudes entre la démarche de validité théorique d'un protocole et celle existante au sein du SSSM de Seine-Maritime, sont nombreuses. On notera surtout que les protocoles sont :

- validés tant par des personnels médicaux que paramédicaux,
- diffusés à l'ensemble du personnel du SSSM dès leur incorporation et au SAMU,
- évalués et éventuellement modifiés en fonction des évolutions médicales,
- revalidés obligatoirement après remplacement du médecin-chef départemental.

Notons, enfin, que quelques critères proposés par N. LELIEVRE ne peuvent être ni confirmés, ni infirmés ; ceci est dû soit à un manque d'information (omissions lors des entretiens), soit parce que réservés à un usage hospitalier.

Un autre point intéressant à analyser, ou plutôt à affiner, concerne la formation des infirmiers à l'application de protocoles de soins d'urgence. Dans le cadre conceptuel, nous avons relevé deux faits :

- d'une part, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ne préparent pas les étudiants à la médicalisation sur protocole, encore moins dans un contexte pré-hospitalier (un fait d'ailleurs regretté par l'infirmier volontaire interrogé...),

- d'autre part, la formation spécifique à l'infirmier sapeur-pompier ne semble pas non plus proposer de façon obligatoire et systématique une telle préparation.

Il m'est donc apparu primordial d'aborder ce sujet au cours de mes entretiens, afin de connaître la méthode pratiquée par le service de santé des sapeurs-pompiers de Seine-Maritime et par-là même, de consolider mon travail et mes connaissances.

Les entretiens révèlent deux choses : il existe actuellement une formation, essentiellement administrative, pour permettre l'application de protocoles en pré-hospitalier ; tandis qu'une formation technique est en préparation.

Abordons, tout d'abord, la formation administrative. Elle se déroule en deux temps : le premier consiste en « l'immersion opérationnelle » de l'infirmier, où il sera amené à intervenir auprès de patients en tant qu'observateur ou secouriste (s'il est titulaire du diplôme de secouriste en équipe, le CFAPSE), afin d'acquérir une première approche du milieu sapeur-pompier et de l'urgence pré-hospitalière. En parallèle, il devra prendre connaissance des protocoles existants, les mémoriser, et répondre aux divers questionnaires d'évaluation des acquis, avant de pouvoir prétendre à une validation administrative. La validation s'établira alors entre le médecin-chef départemental et l'infirmier, qui sera ensuite autorisé à les appliquer. S'ensuivra une formation continue, pratique, constituée d'entraînements mensuels et de la journée départementale des infirmiers sapeurs-pompiers.

La formation prévue dans l'avenir reposera, elle, sur une validation certificative des protocoles d'urgence. Elle reprendra le même schéma que la formation déjà existante, mais plutôt que d'aboutir à une validation théorique, ce seront des épreuves pratiques, avec application des protocoles, qui permettront la validation. La formation et sa validation reposeront sur des jeux de rôles, où l'infirmier devra mettre en application les soins prévus par chacun des protocoles. En outre, il est également prévu un tutorat, où un infirmier sapeur-pompier confirmé assurera l'encadrement d'un infirmier récemment incorporé, afin de rendre ce dernier opérationnel. Ce parrainage ne sera probablement instauré que si l'activité opérationnelle des infirmiers sapeurs-pompiers venait à s'intensifier (par exemple, dans le cadre de gardes permanentes dans des centres de secours principaux).

De l'aveu même des infirmiers interrogés, l'évolution de la formation n'a qu'un but : *« permettre, de façon progressive, d'accéder à une véritable activité opérationnelle »*. D'autant plus que l'infirmier volontaire interrogé m'a confié avoir longtemps travaillé sans

véritable formation, et avoir acquis sa propre expérience « sur le tas » et au travers de son emploi hospitalier.

Maintenant que nous connaissons les principes de la formation à l'utilisation des protocoles d'urgence, il me semble nécessaire de s'intéresser à leurs applications.

Sur le seul territoire de la Seine-Maritime, l'intervention d'un infirmier abouti, dans 25% des cas en moyenne, à l'application de protocoles de soins d'urgence (soit environ une intervention sur quatre). Un chiffre relativement faible qui s'explique par le fait que l'objectif actuel du service de santé n'est pas d'assurer « *une paramédicalisation à tout prix* »¹ ; d'autant plus que les lieux d'interventions les plus fréquents sont rarement éloignés d'un centre hospitalier, comme me l'a fait remarquer l'infirmier professionnel.

En revanche, cette statistique paraît différente pour l'infirmier volontaire qui, rappelons-le, exerce sa fonction de sapeur-pompier au sein d'un centre de secours rural. Le concernant, il intervient une centaine de fois par an, avec à la clef environ 50% de médicalisation (80% sur protocole d'urgence, et 20% sur prescription orale du SAMU). Une moyenne plus élevée, certainement due à l'allongement du temps de transport des équipes médicales, imputable au milieu rural. L'essentiel des soins alors administrés repose surtout sur les protocoles spécifiques à l'arrêt circulatoire et à l'analgésie². Par la suite, et conformément à ce que nous avons pu voir ci-dessus, l'infirmier pourra être renforcé par une équipe médicale (au cours d'accidents de la voie publique, d'arrêts circulatoire...) ; mais il pourra tout aussi bien rester le seul acteur médical, si le SAMU considère que le patient ne présente pas de détresse vitale (situation fréquente, par exemple, lors d'un traumatisme ne nécessitant que l'administration d'un antalgique intraveineux avant le transport).

Par ailleurs, l'application des protocoles amène inévitablement le problème de la protection juridique des intervenants. En prévention, et en application de l'article R. 4311-14 du code de la santé publique, toute thérapeutique administrée à partir d'un protocole d'urgence doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit, daté et signé, qui sera adressé dans les 48 heures au médecin sapeur-pompier professionnel référent. Ce document sera complété par la feuille de surveillance infirmière³, établie par l'infirmier au cours de l'intervention. Ces deux référentiels serviront de documents officiels en cas de litige.

La responsabilité juridique a aussi été abordée lorsque l'infirmier volontaire m'a avoué avoir longtemps exercé sa fonction sans aucun statut officiel. Pour mémoire, ce n'est que depuis 1997 que l'infirmier sapeur-pompier dispose d'une reconnaissance officielle au sein des SDIS. Antérieurement à cette date, il n'existait aucun protocole d'urgence ; pourtant, les infirmiers disposaient déjà de matériel médical pour leurs interventions... Dans le cas présent, l'infirmier volontaire s'autorisait à « préparer » le patient en attendant l'arrivée du médecin, sans jamais administrer de traitement médicamenteux susceptible de modifier son état de santé. Il se contentait, par exemple, de poser une voie d'abord veineuse et un garde-veine de sorte à ce que le médecin n'ait plus, à son arrivée, qu'à administrer la thérapeutique adaptée. Mais tous ces actes médicaux étaient prodigués à ses risques et périls. C'est la raison pour laquelle cet infirmier considère les protocoles de soins d'urgence comme une « *couverture légale des gestes que l'infirmier n'a pas le droit d'exercer, sans la présence d'un médecin, sauf sur prescription médicale* »¹.

Toutefois, comme nous l'avons évoqué dans le cadre conceptuel, l'infirmier volontaire insiste

¹ Propos recueillis au cours des entretiens

² Le protocole « analgésie » est joint en annexe V

³ La fiche de surveillance infirmière est jointe en annexe V

sur le fait que les protocoles présentent tout de même des limites :

- d'une part, ils ne sont applicables qu'à partir du moment où l'infirmier est engagé dans la structure du service de santé : ils ne peuvent être utilisés ni dans le cadre d'un emploi hospitalier, ni à des fins personnelles.

- d'autre part, un protocole administré à un patient polytraumatisé peut à la fois être bénéfique sur une fonction vitale et maléfique pour une autre. Dans ce cas, la conduite à tenir sera dictée par le SAMU qui, si besoin, établira la prescription orale nécessaire au maintien en vie du patient.

Enfin, je ne pouvais achever mes entretiens sans retranscrire l'opinion exprimée par ces deux infirmiers quant à la médicalisation à partir de protocoles d'urgence.

Pour l'infirmier professionnel interrogé, *« il faut partir du constat que l'on manque actuellement d'équipes médicales, et que l'on dispose de personnels disponibles : les médecins et infirmiers sapeurs-pompiers »*. Or, il se trouve que ces derniers sont les plus nombreux, mais aussi les plus disponibles. De là, une réflexion a été menée pour déterminer comment on pouvait profiter de cette opportunité pour améliorer le fonctionnement des services d'urgences pré-hospitaliers. La réponse est apparue sous la forme d'un nouveau concept, celui de la réponse graduée, où l'infirmier dispose d'une place alternative dans la chaîne des secours, située entre les secouristes et le médecin. L'atout majeur pour l'infirmier repose sur l'utilisation de procédures médicales (les protocoles), grâce auxquelles il apporte une valeur ajoutée à la prise en charge des patients, en lui octroyant un champ d'action plus large que son rôle propre.

D'un autre côté, l'infirmier professionnel émet quelques inconvénients, dont le principal repose sur la lourde formation qui incombe aux infirmiers pour se maintenir opérationnel. Et puis, un fait dont j'avais toujours entendu parlé de manière officieuse, m'a été relaté : la paramédicalisation des secours est parfois source de conflits entre le service de santé des sapeurs-pompiers et les structures hospitalières (y compris le SAMU) qui émettent encore des réticences quant à la prise en charge médicale d'un patient par un infirmier seul.

Pour l'infirmier volontaire, les avantages et inconvénients de ce mode de prise en charge sont clairement exprimés. Parmi les avantages, on peut noter :

- un gain de temps précieux pour le patient, qui peut bénéficier d'une réponse médicale de qualité en un temps raisonnable (moins de quinze minutes),
- une évaluation plus fine de l'état réel du patient, transmise lors du bilan au SAMU,
- un traitement de la douleur dès sa phase initiale, utile lors de mobilisations difficiles (transport en ambulance, désincarcération d'un véhicule accidenté...),
- enfin, l'infirmier apporte un confort indéniable pour les équipes secouristes qui peuvent bénéficier rapidement des conseils d'un professionnel de santé.

Mais là encore, l'infirmier nous confirme que le système n'est pas sans risques :

- d'abord, il insiste longuement sur le stress majeur engendré par la médicalisation sans médecin : les situations rencontrées sont toujours différentes, l'infirmier travaille sans repères rassurants (à contrario d'un service hospitalier), les conditions d'administration des soins ne sont pas toujours optimales (hygiène, peu de luminosité et d'espace...) et les pathologies sont tellement variées que l'infirmier se doit de toutes les maîtriser parfaitement ;
- en lien avec le stress se pose le problème de la position inconfortable dans laquelle se trouve l'infirmier pendant la médicalisation : il doit gérer à lui seul le patient et ses soins, la famille et ses angoisses... en plus du caractère urgent de son intervention ;
- enfin, il évoque également le *« risque non négligeable d'une confrontation légale par dépôt de plainte »*, en cas de préjudice causé au patient.

Synthèse :

Il n'existe pas, en réalité, de grosses divergences entre les propos obtenus au cours des entretiens et les données recueillies dans le cadre conceptuel. Ainsi, au décours de cette analyse, certaines informations ont pu être confirmées (notamment l'aspect primordial du contexte juridique) ; d'autres ont été adaptées au cadre de travail particulier des infirmiers sapeurs-pompiers (concernant la validité d'un protocole de soins) ; ou d'autres encore ont pu être véritablement éclaircies, surtout la formation des infirmiers à leurs fonctions.

Pour finir, notons l'opinion contrastée exprimée par les infirmiers interrogés qui voient en la paramédicalisation des secours un avantage indéniable pour le patient, mais également un risque judiciaire majeur pour les infirmiers.

Conclusion

Ce travail n'a pas la vocation d'être exhaustif. En fait, et j'espère avoir réussi dans ce sens, je souhaitais présenter au mieux le cadre d'emploi encore trop méconnu de l'infirmier sapeur-pompier et, par son intermédiaire, analyser les intérêts qu'il représente pour la prise en charge des patients en pré-hospitalier.

Au-delà de ça, ce qui a mûri ici c'est ma propre réflexion, ma vision initiale de la fonction de l'infirmier sapeur-pompier. Je n'imaginai pas, au départ, à quel point la paramédicalisation pouvait être source de stress pour l'infirmier, déjà « obsédé » par les enjeux juridiques imputables à sa fonction. Les recherches et entretiens réalisés m'ont appris beaucoup sur cette réalité pesante.

En revanche, ce travail a conforté ma réflexion au moins sur un point : l'infirmier, en appliquant ses protocoles, apporte une alternative médicale supplémentaire dans la chaîne des secours pré-hospitaliers déjà existante, qui ne peut qu'être bénéfique aux patients. La paramédicalisation pré-hospitalière apporte un confort supplémentaire aux patients qui disposent là de premiers soins médicaux précoces, donc plus efficaces.

Un service de secours récent qui devrait évoluer prochainement, puisqu'une réforme du diplôme d'état infirmier est en préparation pour 2006 avec peut-être, en fonction des résultats des expériences actuellement menées, le droit de prescription médicale pour l'infirmier...

Bibliographie

Revues, articles :

BLANCHARD, S. 2005. « Vers une pénurie de généralistes ».-*Le monde*, 28 septembre 2005.

CHARDON, D. 2003. « Polémique autour de la décision du SMUR du Var de sortir parfois sans médecins ».- *Le quotidien du médecin*, 14 avril 2003.

CIVARD-RACINAIS, A. ; LAMBERT, G. 1998. « Urgences, le vrai scénario ».- *Univers santé*, février 1998, mensuel n° 27 / cahier hors-série n° 2, p. I à XV.

COUËSSUREL, N. ; MARECHAL, P. 2003. « Réponse graduée, la panacée ? ».- *L'infirmière magazine*, juillet/août 2003, n° 184, p. 8.

DELPUGET, J. 2002. « Pénurie médicale : une priorité ».- *Le quotidien du médecin*, 23 septembre 2002.

DESCHIN, J-P. ; DUBROUS, V. ; LELORRAIN, V. 2003. « La réponse graduée ».- *Le sapeur-pompier magazine*, juin 2003, n° 947, p. 56-60.

FELLMANN, A. 2003. « L'organisation des urgences en France : le savoir-faire infirmier sollicité ».- *Revue de l'infirmière*, janvier 2003, n° 87, p. 35-37.

FORESTIER, I. 2005. « Infirmiers de sapeurs-pompiers, le feu sacré ».- *Soins*, novembre 2005, n° 700, p. 11.

LEFEU, S. 2005. « Le secours à victime dans 10 ans ».- *Le sapeur-pompier magazine / cahier fédéral*, octobre 2005, n° 972, p. XIII.

MAURICE, C. 2002. « Infirmier SP, le chaînon qui manquait... ».- *Le sapeur-pompier magazine*, avril 2002, n° 934, p. 60-63.

MAUXION, P-M. 2005. « Infirmier sapeur-pompier ».- *Sérum le journal des ESI*, mars/avril/mai 2005, n° 9, p.14.

POIRIER, E. 2005. « Les responsabilités de l'infirmière ».- *Soins*, octobre 2005, n° 699, p.12-13.

VERLET, D. 2001. « Ces infirmiers sur ordonnance ».- *Le sapeur-pompier magazine*, novembre 2001, n° 929.

Dictionnaires :

Sous la direction de DELAMARRE, J. 2002. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Maloine. 1001 p. (27^{ème} édition).

DESIRAT, C. ; GENOUVRIER, E. ; HORDE, T. 1994. *Nouveau dictionnaire des synonymes*. Paris : Larousse. 741 p.

Sous la direction de MERLET, P. 2006. *Le petit Larousse illustré 2006*. Paris : Larousse. 1856 p.

Cours :

LEJEUNE, A. « Présentation du SAMU ».- *Module « Urgences, Réanimation, Transfusions »*, 22 juin 2005.

QUILLET, D. ; VAESKEN, A. « Responsabilité et encadrement ».- *Module optionnel « L'infirmier et l'encadrement »*, 25 mai 2005.

Travaux écrits de fin d'études / mémoires :

IACINO, J. 1999. *Rôles de l'infirmier dans la prise en charge des malades et blessés (cadre des services de secours d'urgence pré-hospitalière)*. 44 p.

LEFRANCOIS, L. 2004. *Infirmier sapeur-pompier, c'est donner une chance à la vie...* 79 p.

LESPINASSE, D. 2002. *L'infirmier face aux psychotraumatismes chez les sapeurs-pompiers*. 68 p.

SCHULZE, P. 2004. *L'infirmier anesthésiste en pré-hospitalier sans médecin : situation actuelle et perspective d'avenir*. 86 p.

STEIN, S. 2005. *La prise en charge de la douleur par l'infirmier sapeur-pompier*. 49 p.

Internet :

<http://www.infirmiers.com> : site relatif à la profession infirmière.

<http://www.infirmiersp.com> : site des infirmiers sapeurs-pompiers et de l'Association Nationale des Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ANISP).

<http://www.legifrance.gouv.fr> : site regroupant les textes de lois français.

<http://www.pompiers.fr> : site officiel de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France (FNSPF).

COUESSUREL, N. *Contexte juridique des infirmiers sapeurs-pompiers*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/carr/isp.php> (page consultée le 20 novembre 2005).

LELIEVRE, N. *Les protocoles de soins : validité et condition d'application*. [en ligne]. Adresse URL : http://www.infirmiers.com/doss/protocoles_soins.php (page consultée le 20 novembre 2005).

Ministère de l'intérieur. *Les protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers de sapeurs-pompiers (ISP) et Le SSSM, le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers.* [en ligne, documents à télécharger]. Adresse URL : http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/c/c5_defense_secu_civil/c54_sapeurs_pompiers/SDIS/SSSM (page consultée le 10 septembre 2005).

Autres documents :

Ministère de la santé. 2003. *Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession.* 87 p.

Crédits photographies :

FERON, H. - Service de Santé et de Secours Médical de Loire-Atlantique - pour la photographie du VLI 44.

Le Service de Santé et de Secours Médical de Seine-Maritime pour le logo du SSSM.

Annexes

Annexe I

**Schéma d'organisation des secours pré-hospitaliers
(cas d'un accident de la voie publique)**

Annexe II

**Plaquette « Service de Santé et de Secours Médical » éditée
par le ministère de l'intérieur**

Annexe III

**Plaquette « Les protocoles de soins d'urgence » éditée par
le ministère de l'intérieur**

Annexe IV

Grille des entretiens

ENTRETIENS ISP

- 1) Etes-vous : ☐ ISPP ☐ ISPV Depuis :
- 2) Depuis votre incorporation au SSSM, avez-vous participé à l'élaboration d'un ou plusieurs protocoles de soins d'urgence ?
- 3) Connaissez-vous la procédure de création d'un protocole ?
- 4) Avant de débiter votre activité opérationnelle en centre de secours, avez-vous reçu une formation particulière concernant la prise en charge des urgences pré-hospitalières, et notamment à l'utilisation des protocoles de soins d'urgence ?
(formations initiale et continue)
- 5) Lors de vos interventions, êtes-vous fréquemment amené à appliquer vos protocoles aux patients dont vous avez la charge ?
- 6) La prise en charge des urgences pré-hospitalières par un infirmier isolé d'un médecin est un concept récent. Quels sont, selon vous, les avantages et inconvénients de ce système, pour les patients comme pour vous ?

Annexe V

Protocole « analgésie » du service de santé de Seine-Maritime et feuille de surveillance infirmière