

L'influence du stress chez l'Infirmier Sapeur Pompier en intervention



Travail de fin d'étude pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier

soutenance orale le 4 septembre 2008

**IFSI Rockefeller
4, Av Rockefeller
69373 LYON Cedex 08**

**Sokesara TEA
Promotion 2005-2008**

Remerciements

A Madame Sylvie MARTIGNONI, Cadre Formateur à l'IFSI Rockefeller, pour avoir su me guider tout au long de mon Travail de Fin d'Etude.

A Monsieur Jean-Gabriel DAMIZET, Médecin chef du SSSM 69, qui a répondu favorablement à ma demande de stage.

A Monsieur Nicolas COUËSSUREL, Infirmier de Chefferie du SSSM 69, qui m'a autorisé à faire les entretiens auprès des Infirmiers Sapeurs Pompiers.

Aux ISP qui ont bien voulu participer aux entretiens avec beaucoup d'intérêt.

A ma compagne Frédérique qui a su m'accompagner et m'encourager tout au long de mon Travail de Fin d'Etude.

Je tiens à remercier mes amis : Bruno, Delphine, Carine, Jérôme, Marion, Emmanuelle, Jean, Béatrice, François et Mireille qui ont pris le temps de lire mon travail.

Sommaire

INTRODUCTION	page 5
1^{ère} partie : LE CADRE CONCEPTUEL	page 7
I <u>Historique</u>	page 8
II <u>Cadre législatif</u>	page 9
<u>Le Service Départemental d'Incendie et de Secours « SDIS »</u>	page 9
a) <u>Les missions des sapeurs pompiers</u>	page 9
b) <u>Les Secours à Personnes « SAP »</u>	page 9
c) <u>Le Service de Santé et de Secours Médical « SSSM »</u>	page 10
III <u>L'Infirmier Sapeur Pompier « ISP »</u>	page 10
1) <u>Le cadre légal</u>	page 10
2) <u>Recrutement des Infirmiers Sapeurs Pompiers</u>	page 11
3) <u>Formation</u>	page 11
4) <u>Missions de l'Infirmier Sapeur Pompier Volontaire et Professionnel</u>	page 12
4.1) <u>Les différentes situations de l'ISP en intervention</u>	page 13
4.2) <u>Les responsabilités de l'infirmier sapeur pompier</u>	page 13
4.3) <u>Les 20 protocoles du SSSM du Rhône</u>	page 14
IV <u>L'urgence</u>	page 14
1) <u>Définition</u>	page 14
2) <u>Perception de l'urgence du côté de la victime et du sauveteur</u>	page 14
3) <u>Les conditions d'interventions en situation d'urgence pour les ISP</u>	page 15
V <u>Concept du stress</u>	page 15
1) <u>Origine du stress</u>	page 15
2) <u>Définition</u>	page 15
3) <u>Facteurs de stress</u>	page 16
4) <u>Les différents types de stress</u>	page 16

5) <u>Comment le stress se manifeste</u>	page 16
5.1) <u>La réaction ou l'adaptation psychologique et physiologique</u>	page 16
5.1a) <u>Phase d'alarme</u>	page 16
5.1b) <u>Phase de résistance</u>	page 17
5.1c) <u>Phase d'épuisement</u>	page 17
6) <u>Le stress aigu et post – traumatique</u>	page 17
7) <u>Le Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant ou « SEPS » ou en anglais « Burn out »</u>	page 19
2^{ème} partie : L'ANALYSE	page 20
VI <u>Méthodologie</u>	page 21
1) <u>Critères de répartition de la population interrogée</u>	page 21
2) <u>Choix de l'outil</u>	page 21
3) <u>Avantages et inconvénients de cette méthode</u>	page 21
VII <u>Analyse descriptive et explicative</u>	page 22
A) <u>Informations générales sur les ISP</u>	page 22
B) <u>Les manifestations et les facteurs du stress</u>	page 24
C) <u>Les connaissances des ISP à propos de la notion de stress</u>	page 27
D) <u>L'influence des protocoles sur le stress</u>	page 28
E) <u>Les mesures préventives pour lutter contre les conséquences liées aux stress</u>	page 29
F) <u>Les conditions de recrutement et le contenu de la formation par rapport aux stress</u>	page 31
3^{ème} partie : LA DISCUSSION	page 33
VIII <u>Analyse personnelle et propositions</u>	page 34
CONCLUSION	page 38
Glossaire	page 40
Bibliographie	page 42
Annexes	page 45
Préface	page 49

INTRODUCTION

La société exige de plus en plus de performance, le stress fait parti de notre quotidien. Il est présent dans la rue, l'école et le travail. Selon une étude allemande, 20 à 30% des sapeurs-pompiers souffriraient du Syndrome de Stress Post Traumatique et/ou de burn out (Schüssler 2001) Einsatzvor - und - nachbereitung bei belastenden Einsätzen – Konzeption Rheinland – Pfalz. First Working Conference on Psychological Support and Social Accompaniment In Situations of Mass Emergency, Brussels.

Pendant la période où j'étais Sapeur Pompier Volontaire et durant mes études d'infirmier, j'ai pris conscience que le stress agit sur nos réactions physiologiques et psychiques. Le milieu de l'urgence m'a toujours intéressé, c'est pourquoi, j'ai décidé d'étudier le stress et ses conséquences lors des interventions de secours chez les Infirmiers Sapeurs Pompiers « ISP ».

La prise en charge des urgences s'est beaucoup développée depuis ces dernières années. Le Service Mobil d'Urgence et de Réanimation « SMUR » intervient sur les secours nécessitant une médicalisation et actuellement, la pénurie de médecin limite leur intervention dans la réponse des secours. En conséquence, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours « SDIS » ont trouvé le moyen d'aider le Service d'Aide Médicale d'Urgence « SAMU », en augmentant le quadrillage des secours pour diminuer le temps d'intervention grâce aux ISP. Le SDIS dispose d'un Service de Santé et de Secours Médical « SSSM » qui participe aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente. Ces professionnels de la santé, grâce à leurs compétences et à leurs savoirs, permettent d'apporter une solution au manque de médecin et de conserver l'efficacité dans la réponse graduée ; elle représente une étape supplémentaire avant de faire appel au « SMUR ». Les sapeurs pompiers côtoient quotidiennement la souffrance, des situations choquantes, parfois ils se sentent impuissants dans leurs actions de secours.

L'ISP intervient soit à la demande du « SAMU » avec les équipiers secouristes, soit à la demande du chef d'agrès ; il fait parti des premiers maillons de la chaîne de secours et sa responsabilité est directement engagée dans la prise en charge de la victime. Il ne doit pas être pris au dépourvu par l'urgence. Dans ce contexte, je me demande comment l'ISP peut-il gérer son anxiété face à une situation d'urgence vitale ? Il me semble intéressant de faire émerger un questionnement de départ relatif au stress auquel l'ISP peut être confronté. Est-il stressé ? Comment le gère t-il ? Quel impact peut-il avoir sur l'intervention et sur lui même ?

Au cours de mon activité de Sapeur Pompier Volontaire durant plusieurs années, au sein d'un centre de secours de Bourg saint Maurice (Savoie), j'ai pu effectuer certaines interventions en tant qu'équipier secouriste à bord d'un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes « VSAV ». Lors de cette période, j'ai pu constater que le stress fait parti du quotidien des sapeurs pompiers.

Une situation m'a interpellée. Celle-ci s'est déroulée lors d'un accident de la voie publique impliquant deux véhicules en collision. Cet accident a demandé un déploiement important de moyens de secours (SMUR routier, hélicoptère, pompiers, gendarmes, service de l'équipement) et d'intervenir avec rapidité. Nous étions les premiers arrivés sur les lieux. Nous avons été confrontés à la gestion particulièrement difficile de cette intervention à savoir de déterminer le nombre et la gravité des blessés. L'attente des renforts et le degré d'urgence qui nous demandaient d'intervenir rapidement, ont amplifié notre anxiété et notre angoisse. Au retour de l'intervention, j'ai remarqué qu'une de mes collègues, qui habituellement est plus ouverte à

la discussion, s'est renfermée sur elle-même. A-t-elle été touchée par le décès ou par les enfants gravement blessés ou l'ensemble du contexte ? Dès notre retour à la caserne, chacun est rentré chez soi, depuis nous n'avons jamais eu l'occasion d'en parler.

Cette intervention a fait émerger chez moi une interrogation concernant les ISP qui, dans ces cas d'urgence, doivent mettre en place des protocoles de soins adaptés nécessitant de déterminer un tableau clinique préalable. Je pense pouvoir dire que l'influence des conditions d'exercice dans l'urgence provoque un stress. Son accumulation pourrait avoir des conséquences sur le soignant et le soigné. Cela m'amène à poser la question suivante :

« Quelle est l'influence du stress sur les ISP lors des interventions d'urgence et quelles sont ses conséquences ? ».

A travers mon travail de fin d'étude, je tente d'évaluer les conséquences du stress sur le soignant et sur son efficacité dans l'action de secours. J'envisagerai d'apporter des solutions qui me semblent pertinentes à la fin de mon analyse.

CADRE CONCEPTUEL

I Historique :

Dès le moyen âge, la sécurité incendie est assurée par des rondes de nuit. C'est au XVIII^e siècle qu'apparaissent les premières pompes à incendie. Le 23 février 1716, la France professionnalise la lutte contre le feu, qui était assurée jusqu'à présent par la population elle-même, et décrète la gratuité des secours. En 1802, le terme de « pompier » est officialisé. Suite à un terrible incendie à l'ambassade d'Autriche, Napoléon I^{er} militarise la profession. En 1815, le Ministre de l'Intérieur demande aux Préfets de créer dans chaque commune un service de secours civil contre l'incendie. Les missions des sapeurs pompiers se diversifient. Ils dépendent du Ministère de l'Intérieur et de la

Sous-direction de la Sécurité Civile, avec une exception toute fois pour Paris et Marseille, qui sont sous la direction respective de l'Armée de Terre, pour la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, et de la Marine Nationale pour le Bataillon des Marins-Pompiers de Marseille. Le 20 mai 1955, le gouvernement crée les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS). La loi du 6 février 1992 départementalise les moyens en hommes et en matériels. Le décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours stipule la création officielle du Service de Santé et de Secours Médical.

Les chiffres indiqués dans les statistiques des services de secours et d'incendie précisent que les pompiers font 3 827 300 interventions par an dont 62% sont des secours à victime. L'effectif est composé de 240 000 sapeurs pompiers dont 201 936 sont des volontaires et 38 064 sont des professionnels. Le SSSM compte 10 890 sapeurs pompiers dont 96% sont des volontaires¹.

L'éthique du sapeur pompier :

Altruisme, efficacité, Discrétion "Je ne veux pas connaître ni ta philosophie, ni ta religion, ni ta tendance politique, peu m'importe que tu sois jeune ou vieux, riche ou pauvre, français ou étranger. Si je me permets de te demander quelle est ta peine, ce n'est pas par indiscrétion mais bien pour mieux t'aider. Quand tu m'appelles, j'accours, mais assure toi de m'avoir alerté par les voies les plus rapides et les plus sûres. Les minutes d'attente t'apparaîtront longues, très longues; dans ta détresse pardonne mon apparente lenteur."

Ce texte a été écrit par le Général CASSO, Commandant la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris du 1^{er} avril 1967 au 26 août 1970.

¹ Les statistiques des services d'incendie et de secours, du ministère de l'intérieur, 54 pages
http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_la_une/statistiques/securite_civile/statistiques-ddsc-2006/sdis-2006/downloadFile/attachedFile/STATSSDI.PDF?nocache=1190463372.48

II Cadre législatif :

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours « SDIS »

Généralités :

L'organisation du corps des sapeurs pompiers repose sur la loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours². Il est sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur. Chaque Département français dispose d'une autonomie concernant l'organisation interne (le choix des véhicules, du matériel, du nombre de sapeurs pompiers professionnels et volontaires, de la répartition géographique des centres de secours et de la gestion du budget). Il existe 3 catégories de sapeurs pompiers : Des professionnels, des volontaires, et des militaires (sous la tutelle du Ministère de la Défense).

a) Les missions des sapeurs pompiers :

- La prévention et la lutte contre l'incendie
- La prévention des explosions et la lutte contre ses effets
- Les secours aux victimes, l'assistance et la recherche aux personnes
- L'analyse de la population
- L'évacuation d'animaux
- La protection des biens
- Les interventions diverses (déclanchements d'alarmes, ascenseurs bloqués...)

b) Les Secours à Personnes « SAP » :

Sous l'autorité du Chef d'Agrès (sapeur pompier le plus gradé de l'équipe, responsable du bon déroulement de l'intervention, ayant une formation de chef d'équipe), les équipiers sapeurs pompiers effectuent les gestes de secourisme (ils ont une formation de Premier Secours en Equipe niveau 1et 2). Si la victime nécessite le besoin d'être médicalisée, ils ont la possibilité de faire intervenir soit le Service Mobil d'Urgence et de Réanimation « SMUR » soit l'Infirmier Sapeur Pompier « ISP » ; puis transportent la victime vers un centre hospitalier, décidé par le SAMU, à bord du Véhicule de Secours d'Assistance aux Victimes « VSAV ». Ce véhicule contient du matériel de premier secours avec un équipage de 3 à 4 secouristes dont le chef d'agrès.

² Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, J.O n° 105 du 4 mai 1996 page 6728

c) Le Service de Santé et de Secours Médical « SSSM » :

Conformément au décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours³, chaque SDIS comprend un SSSM qui regroupe des médecins, des pharmaciens, des vétérinaires et des infirmiers placés sous l'autorité du médecin chef départemental.

Voir annexe 1 « Organigramme du SSSM »

III L'Infirmier Sapeur Pompier « ISP » :

1) Le cadre légal :

- Le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositif réglementaire) modifiant certaines dispositions du code⁴. L'article R4312-6 qui précise que « *l'infirmier est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril* » et l'article R4311-13 qui stipule « *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* » et l'article R4312-26 stipule quant à lui que « *l'infirmier agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient* ».
- Le décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des SDIS définit le rôle de l'infirmier chez les sapeurs pompiers⁵.
- La circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000 prévoit explicitement que l'activité incendie n'est pas dans le champ des infirmiers sapeurs pompiers⁶.
- L'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires⁷.

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

⁴ Décret 2004-802 du 29 juillet relatif aux parties IV et V modifiant certaines dispositions de code, j.o du 8 août 2004 page 37087

⁵ Décret no 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours, J.O n° 301 du 28 décembre 1997 page 19017

⁶ Mr Nicolas COUËSSUREL, <http://www.infirmier.com/carr/isp.php> circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000

⁷ L'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, journal officiel du 7 janvier 1986, page 327

2) Recrutement des Infirmiers Sapeurs Pompiers :

Les ISP doivent être titulaires du Diplôme d'Etat d'Infirmier, ils peuvent être engagés en tant que volontaire ou professionnel après examen de leur aptitude médicale.

Les ISPV (Infirmier Sapeur Pompier Volontaire) sont recrutés par le SDIS de leur lieu de résidence, suivant le décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs pompiers volontaires⁸.

Les ISPP (Infirmier Sapeur Pompier Professionnel) ont la possibilité d'être recrutés de trois façons, suivant les conditions fixées par le décret n°2006-1719 du 23 décembre 2006 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers d'encadrement de sapeurs pompiers professionnels⁹.

- Soit par voie de concours national avec un âge limite, toutes dérogations confondues, n'excédant pas 40 ans. Ensuite ils doivent faire les démarches pour l'embauche auprès des différents SDIS.
- Soit par voie de détachement pour ceux issus de la fonction publique hospitalière, à sa demande il peut être intégré au terme de deux ans en tant qu'infirmier Sapeur Pompier Professionnel.
- Soit le candidat n'est pas fonctionnaire (exercice libéral, secteur privé), il doit passer un concours national organisé par la DDSC (Direction de la Défense et de la Sécurité Civile). Après l'obtention du concours, il intègre directement son emploi avec une période de stage suivie d'une éventuelle titularisation.

3) Formation :

L'obtention du diplôme d'ISPV est soumise aux conditions fixées par l'article 29 de l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs pompiers volontaires¹⁰.

Les volontaires doivent valider différents modules :

- a) Module d'observation au sein du SSSM d'un SDIS d'affectation;
- b) Module de formation aux activités de premiers secours en équipe;
- c) Module consacré à la connaissance de la défense et de la sécurité civile, des sapeurs-pompiers et de leurs missions, du service de SSSM;
- d) Module universitaire de santé publique;

⁸ Décret no 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires, J.O n° 288 du 12 décembre 1999 page 18514

⁹ Décret n° 2006-1719 du 23 décembre 2006 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels, J.O n° 302 du 30 décembre 2006

¹⁰ Arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires, J.O n° 7 du 9 janvier 2000 page 406

e) Module universitaire de soins d'urgence;

f) Module d'application pratique au sein du SSSM et du SDIS d'affectation;

La formation aboutit à l'obtention d'un diplôme de l'ENSOSP (l'école nationale supérieure des officiers de sapeurs pompiers) avec mention « infirmier sapeur-pompier volontaire », diplôme interuniversitaire de santé publique et soins d'urgence appliqué aux SDIS.

Les professionnels : La formation initiale d'application (FIA) d'ISP Professionnel est fixée par l'arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des infirmiers professionnels¹¹. Elle comprend les mêmes modules que les ISPV plus les modules suivants :

a) Module d'acquisition des connaissances communes relatives aux exercices professionnels des cadres d'emploi des services de santé et de secours médical.

b) Module d'application pratique, sous le contrôle d'un tuteur, effectué au sein d'un SDIS chargé de mission.

c) Module relatif à une étude de dossiers sous le contrôle conjoint de l'ENSOSP et du médecin-chef du SDIS d'affectation.

d) Module d'exercice professionnel médical.

4) Missions de l'Infirmier Sapeur Pompier Volontaire et Professionnel :

L'ISP intervient en collaboration avec les pompiers secouristes et les autres membres du SSSM et est soumis à l'autorité du médecin chef départemental. Ses missions sont :

- Surveillance de la condition physique des sapeurs pompiers.
- Médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs pompiers professionnels et volontaires.
- Conseils en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité.
- Soutien sanitaire des interventions et les soins d'urgence aux sapeurs pompiers.
- Surveillance de l'état de l'équipement médico – secouriste du service.
- Participation aux secours d'urgence dans le cadre de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.
- Participation aux opérations impliquant des animaux ou concernant des chaînes alimentaires.
- Participation à la prévision et à la prévention dans les domaines des risques naturels et technologiques.
- Participation à la formation des sapeurs pompiers au secours à personne.

¹¹ Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels, texte11

4.1) Les différentes situations de l'ISP en intervention :

L'ISP peut intervenir différemment suivant les départements :

- Soit en présence d'un médecin sapeur pompier sur le lieu d'intervention. Dans ce cas l'infirmier est dans une situation idéale, il est dans le cadre de son rôle propre, rôle prescrit et rôle en collaboration (article R.4311-5,-6,-7,-9, et -10 du décret du 29 juillet 2004).
- Soit en l'absence de médecin, l'infirmier peut mettre en place ses actions sur protocole (article R.4311-7 du même décret).
- Soit en l'absence du médecin et sans protocole, l'infirmier est limité à son rôle propre (article R.4311-5 et -6 du même décret). Si nécessité de médicalisation urgente, il doit obtenir une prescription orale par le médecin du SAMU, il réclamera par la suite une prescription écrite concernant cette médicalisation.

Le SDIS du Rhône a mis en œuvre, depuis le 1er mars 2006, des protocoles de soins d'urgence de secours à victimes destinés aux Infirmiers Sapeurs Pompiers.

Lors des interventions dans le cadre de l'aide médicale urgente, l'ISP peut disposer soit d'un Véhicule de Secours Médicalisé « VSM », dans ce cas il intervient seul, soit d'un transport aérien hélicoptéré sous l'appellation « Dragon 69 » en collaboration avec un médecin. Le transport aérien hélicoptéré dépend du degré d'urgence vitale, et ou des difficultés d'accès du lieu d'intervention.

L'engagement de l'ISP sur une intervention dépend de l'appel de secours : Si c'est un appel « 18 », la décision vient de l'officier Santé de permanence au Centre de Traitement et d'Alerte « CTA » de faire partir ou non l'ISP. Si c'est un appel « 15 », le SAMU gère l'intervention mais peut demander qu'un ISP soit déclenché. Ce maillon supplémentaire dans la chaîne des secours, permet d'avoir une réponse graduée. Cela évite d'engager des moyens coûteux face à une situation ne nécessitant pas en première intention la présence du SMUR.

4.2) Les responsabilités de l'infirmier sapeur pompier :

- Au niveau pénal : L'ISP engage sa responsabilité devant tout acte pratiqué hors du décret de compétence.
- Au niveau civil : L'ISP est responsable devant tout acte effectué par lui même et ou par ses subordonnés portant préjudice aux victimes et nécessitant réparation.

4.3) Les 20 protocoles du SSSM du Rhône :

- Arrêt cardio-respiratoire pour l'enfant < 15 ans
- Arrêt cardio-respiratoire de l'adulte > 15 ans
- Trouble de conscience de l'enfant < 15 ans
- Trouble de conscience de l'adulte > 15 ans
- Détresse respiratoire aiguë « Intoxications aux fumées d'incendie » adulte > 15 ans
- Détresse respiratoire aiguë « Intoxications aux fumées d'incendie » enfant < 15 ans
- Détresse respiratoire aiguë de l'adulte > 15 ans
- Détresse circulatoire aiguë « Hypovolémie ou infectieuse » adulte > 15 ans
- Réaction allergique de l'adulte > 15 ans
- Convulsions de l'adulte > 15 ans
- Convulsions de l'enfant < 15 ans
- Douleur aiguë de l'enfant < 15 ans
- Douleur aiguë de l'adulte > 15 ans
- Brûlures de l'adulte > 15 ans
- Douleur thoracique non-traumatique de l'adulte > 15 ans
- Accouchement « Soins au nouveau né sans détresse vitale »
- Accouchement « Soins à la mère »
- Coup de chaleur d'exercice pour adulte > 15 ans
- Voie veineuse périphérique d'attente « Adulte et enfant »
- Médicaments de soutien sanitaire

Ces protocoles existent que depuis trois ans sur le département du Rhône, ils vont permettre aux ISP de répondre à la demande de secours et d'assistance aux victimes dans les situations d'urgence. Mais que signifie l'Urgence ?

IV L'urgence :

1) Définition :

Le Petit Larousse illustré définit le terme « urgent » comme ce qui « ne peut attendre », « ne peut être différé, nécessite une action immédiate ». La notion de gestion du temps prend tout son sens. Une situation est qualifiée « urgente » lorsqu'elle est d'apparition brutale, accidentelle ou pathologique, de manière inattendue et risque d'engager le pronostic vital. Elle nécessite alors des actes médicaux ou chirurgicaux immédiats.

2) Perception de l'urgence du côté de la victime et du sauveteur :

Du point de vue de la victime, la notion d'urgence est subjective par rapport aux symptômes ressentis et crée un état d'angoisse et de détresse. Cette situation peut parfois engendrer un stress chez l'ISP. De son point de vue, il y a deux niveaux d'urgences, le premier correspond à la prise en charge rapide de la douleur et le deuxième à une victime en détresse vitale qui risque de mourir sans intervention rapide des secours.

3) Les conditions d'interventions en situation d'urgence pour les ISP :

D'après Mr Erik De Soir, l'urgence agit sur les secouristes dans cinq domaines différents : Mental, émotionnel, physique, social et spirituel.¹² Ces cinq domaines sont déterminés par les conditions, la charge de travail et les horaires. Les sapeurs pompiers sont amenés à intervenir dans des milieux parfois à risque, liés aux circonstances dans lesquelles ils sont amenés à porter secours : Leurs interventions se déroulent le plus souvent en milieu hostile et agressif et exigent des efforts physiques violents et soutenus. De plus ils doivent déterminer la priorité dans les actions de soins en fonction de la gravité.

Il semble que les conflits entre les différentes organisations, les problèmes d'ordre logistique et/ou d'équipement, les conflits de rôles et les conflits de hiérarchie ne facilitent pas la réussite de l'intervention. D'autres facteurs peuvent interagir sur les ISP, à savoir le contexte de la situation qui comprend les dommages matériels et humains, les odeurs, l'horreur visuelle et les bruits. Tout le contexte va entraîner une « sur stimulation » de l'ISP.

Selon une enquête chez les Sapeurs Pompiers Hollandais, 79% des Sapeurs Pompiers (SP) interrogés ont déclaré que la mort d'un enfant est pour eux une expérience très choquante, tandis que 76% d'entre eux considéraient déjà être choqués par les blessures d'un enfant. Cette enquête a montré aussi que la mort et les blessures d'une personne connue sont ressenties par 75% des SP comme des expériences très choquantes.

D'autres éléments peuvent avoir un effet sur l'ISP, il s'agit des doutes à son propre sujet « serai-je à la hauteur ? », de l'incertitude sur les conséquences de l'accident, du manque d'informations fiables et des rumeurs.

A partir de ces données, il me semble intéressant de développer la notion de stress chez les ISP.

V Concept du stress :

1) Origine du stress

La notion de stress existe depuis le moyen âge. Le mot stress vient du latin *stringere* qui veut dire « rendre raide, serrer ». Il est introduit vers 1936 par le physiologiste canadien d'origine hongroise, Hans Selye, dont les recherches conduiront à la notion de Syndrome Général d'Adaptation (SGA)¹³.

2) Définition

Selon Hans Selye, le stress peut être défini comme « *la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace* »¹⁴. C'est une réaction éphémère qui est utile, permettant de faire un choix de façon adaptée à la situation.

¹² Mr Erik DE SOIR psychologue et psychothérapeute à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, Belgique, *Prévention, prise en charge et suivi du stress traumatique chez les secouristes*, Urgence pratique, n° 25 année 1997, pages 5 à 9

¹³ SELYE Hans, *Le stress de la vie*, Paris : Gallimard, 1975, 425 pages

¹⁴ CROCQ Louis, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris : Odile Jacob, 1999, 422 pages

3) Facteurs de stress :

- **Événement de la vie quotidienne :** La peur, l'ennui, les soucis, la maladie, le décès, la routine, les conflits, les frustrations, les menaces, le divorce,...
- **L'environnement :** Le bruit, la foule, la violence, les images choquantes, le climat, ...
- **Biologiques :** Toxiques, tabac, le café, l'alcool, la faim,...

Chaque individu réagit différemment face aux facteurs de stress, suivant la perception qu'il a d'une situation donnée. La réponse face à un agent stressant est en relation avec des expériences personnelles, professionnelles, à la formation et aux entraînements suivis (pour les ISP).

4) Les différents types de stress :

« *Le stress est une réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite perçue comme agréable ou désagréable* » (Hans SELYE)¹⁵. A partir de là, on peut parler de Eustress (le bon stress), qui vient du grec « eu » qui signifie « bon » et Dystress (le mauvais stress), qui vient du grec « Dys » qui signifie « Difficulté, gêne, trouble ». L'un est stimulant et productif, l'autre est déstabilisant et perturbant. Dans les deux cas, les réponses somatiques sont les mêmes. Ce qui permet de dire que toute situation entraîne du stress qui se manifeste par différentes phases.

5) Comment le stress se manifeste :

Le stress réagit en 3 phases ¹⁶ :

- **La phase d'alarme :** Se manifeste par la mobilisation urgente des moyens de défense, qui conduit à la fuite ou à la lutte pour éviter l'agent agresseur, par une réponse endocrinienne et neuro-végétative.
- **La phase de résistance :** C'est la reconstitution des réserves d'énergie nécessaire à cette situation.
- **La phase d'épuisement :** C'est l'effondrement des défenses lorsque la situation agressive se prolonge trop longtemps et que l'organisme ne peut plus constituer de réserve.

5.1 La réaction ou l'adaptation psychologique et physiologique :

5.1a) Phase d'alarme :

Il s'agit d'une réorientation adaptée du comportement avec une focalisation de l'attention sur la situation agressive ou menaçante, une mobilisation des capacités mentales et une incitation à l'action ou à la fuite. Les émotions sont contrôlées par le système limbique qui agit sur le seuil émotionnel et sur l'agressivité.

Le système limbique inhibe certains besoins physiologiques (alimentaires, sexuels) et en active d'autres.

¹⁵ Op.cit

¹⁶ LE SCANFF Christine, BERTSCH Jean et RIVOLIER Jean, « *Stress et performance* », Paris : PUF, 1995, 231 pages

Le déclenchement et la nature des comportements liés aux besoins physiologiques dépendent des mécanismes hypothalamo – mésencéphaliques. Ils déclenchent la sécrétion d'adrénaline et noradrénaline au niveau de la médullosurrénale. Ces hormones augmentent la pression artérielle, accélèrent le rythme cardiaque, augmentent la respiration, améliorent la mémoire et la réflexion. Elles visent la mobilisation puis la dépense de l'énergie dans une réaction d'urgence à court terme.

5.1b) Phase de résistance :

Une des fonctions principales du système limbique est d'acquérir une mémoire comportementale en rapport avec la valeur affectivo – émotionnelle des stimulations sensorielles et de l'expérience passée, ce qui conduit à une réponse nuancée en fonction du vécu et de la situation présente. Dans le cas du stress qui persiste, notre organisme va rassembler toutes les ressources nécessaires à une adaptation.

L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénal mis en place dans la phase d'alarme va activer la sécrétion d'ACTH induisant celle des glucocorticoïdes dont le cortisol. Ce système fonctionne en boucle avec un rétrocontrôle. Le cortisol a une action anti-inflammatoire et antiallergique. En même temps, les glucocorticoïdes exercent des effets métaboliques, libérant du sucre dans le sang, et favorisant ainsi la mise à disposition d'énergie pour l'action.

5.1c) Phase d'épuisement :

L'accumulation de stress peut provoquer l'épuisement des ressources nécessaires à l'adaptation entraînant par exemple une dévalorisation de l'individu, une incapacité à réagir, la colère ou la dépression.

Si la demande adaptative persiste, il se peut que l'organisme n'arrive plus à s'adapter ; il lui est impossible de subvenir aux dépenses d'énergie, ses défenses immunitaires diminuent, le rendant plus vulnérable aux agressions externes, d'où la phase d'épuisement qui l'emporte sur la défense active. L'épuisement est souvent la conséquence du fonctionnement en sur régime de l'organisme, ce qui entraîne un dysfonctionnement des différents organes qui va favoriser l'apparition de certaines maladies (ulcère, hypertension, eczéma, cancer, infarctus).

6) Le stress aigu et post - traumatique :

Les secouristes qui ont vécu un événement traumatisant se remémorent souvent des souvenirs non désirés de cet événement. Ces souvenirs sont alternativement présentés comme des pensées indésirables, qui incitent à se tracasser ou à ruminer, ou des souvenirs obsessionnels. Ils reviennent sous la forme de sensations et d'images et sont la conséquence de bon nombre d'événements péritraumatiques; ils forment, en alternance avec les réactions d'évitement et de négation, **l'état du stress post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorder ou PTSD).**

Cette notion du PTSD est apparue pour la première fois en 1980 dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux III (DSM - III)

Dans le DSM-IV le syndrome du stress post-traumatique est décrit en fonction d'une série de critères diagnostiques :

Le critère A : Impose une exposition à un événement traumatique. Le caractère traumatique de l'événement réside dans l'interprétation objective et subjective que l'individu se fait de l'événement. D'un point de vue objectif, il faut que le sujet ait vécu, ait été témoin ou confronté à un ou plusieurs événement(s) durant le(s)quel(s) des personnes ont pu mourir ou être grièvement blessées, ou ont été menacées de mort ou de graves blessures ou encore durant le(s)quel(s) l'individu a vu son intégrité physique ou celle d'autrui menacée. Du point de vue subjectif, l'individu doit avoir réagi à l'événement par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Le critère B : Correspond à un revécu de l'événement traumatique sous la forme d'images, pensées, rêves, illusions, et épisodes de « flash – back ».

Le critère C : Correspond à l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme se manifestant par :

- Des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- Des efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- Un sentiment de détachement d'autrui ou bien de se sentir étranger par rapport aux autres.
- Une restriction des affects (engourdissement émotionnel)
- Un sentiment d'avenir sans issue (pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir une vie normale...)
- Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

Le critère D : Renvoie à une catégorie de symptômes d'hyperactivation neurovégétative, par exemple, difficultés lors du sommeil, irritabilité, agitation motrice, difficulté de concentration, hypervigilance et réaction de sursaut exagérée.

Le critère E : S'identifie par la répercussion du traumatisme sur le fonctionnement social et/ou professionnel de l'individu traumatisé.

Si les critères B, C et D restent présents entre deux semaines à un mois, le DSM IV parle alors d'état de stress aigu. Si les symptômes restent présent durant un mois (et plus), l'état de stress post-traumatique peut être posé. Notons que le DSM-IV prévoit une forme différée, où les symptômes apparaîtraient seulement après six mois voire plusieurs années.

Tous ces critères ont été développés par Mr Erik DE SOIR, psychologue et psychothérapeute à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, Belgique¹⁷.

¹⁷ Mr Erik DE SOIR psychologue et psychothérapeute à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, Belgique, *Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours*, Janvier 2003, le Journal International de Victimologie, 24 pages.

7) Le Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant ou « SEPS » ou en anglais « Burn out » :

L'accumulation des situations difficiles, des images choquantes, des conditions de travail, la nécessité de la rapidité d'intervention, demandent beaucoup d'énergie ; cette énergie, qui est en nous naturellement, n'est pas inépuisable. Avec le temps, ces secouristes exposés perdent progressivement leurs capacités de gestion de leur stress et arrivent à un véritable état d'épuisement. Le « SEPS » se caractérise par un épuisement physique et aussi psychologique qui peut se manifester par une dépersonnalisation avec perte d'empathie et d'humanisation. Il semblerait que le « SEPS » concerne les personnes ayant des aspirations élevées difficile à atteindre, altruistes, et ou idéalistes ayant un doute important sur ses propres capacités. L'exposition fréquente aux frustrations avec le sentiment du devoir non accompli peut conduire au « Burn out »¹⁸.

A partir de ces différents concepts décrits précédemment et des différents articles de spécialistes étudiés, je peux supposer que :

- Les ISP puissent remettre en cause leur rôle de « sauveur » et douter de leurs capacités.
- Le choix professionnel implique d'être confronté tôt ou tard à un événement traumatisant, en espérant que l'ISP soit armé pour lutter contre les conséquences.

A travers les conditions d'intervention, les conditions de travail et le vécu de l'ISP, je vais étudier et voir comment ces facteurs interviennent dans le stress.

¹⁸ Françoise BOISSIERES, *Les soignants face au stress*, Lamarre, Rueil – Malmaison, 2002, 181 pages

L'ANALYSE

VI Méthodologie

1) Critères de répartition de la population interrogée :

J'ai effectué mes entretiens pendant mon stage au SSSM. Je souhaitais répartir mes entretiens de façon équitable c'est-à-dire : même nombre d'ISPP que d'ISPV avec 50 % de moins de 5 ans d'expérience professionnelle en tant qu'infirmiers(ères) considérés comme « Novices » et 50 % de plus de 5 ans considérés comme « Experts ». Je souhaitais aussi la parité. Je tiens à préciser que sur les professionnels du SDIS du Rhône, il n'y avait que 3 femmes qui avaient toutes de l'expérience en tant qu'infirmières et dont une qui n'était pas encore habilitée à intervenir seule. Chez les hommes, un seul avait moins de 5 ans d'expérience.

Par conséquent, il m'était difficile d'équilibrer entre novices/expérimentés et hommes/femmes. De plus, le métier d'ISPV existe seulement depuis 6 ans et 3 ans pour l'ISPP dans le département du Rhône. Cette réalité du terrain montre que quel que soit le statut de l'ISP, tous sont novices dans l'exercice d'ISPP et d'ISPV dans le Rhône.

J'ai donc décidé de ne pas tenir compte de la parité ainsi que de l'expérience dans le choix des personnes. La répartition s'est faite en 2 catégories durant mon stage de santé publique chez les ISP :

J'ai mené 6 entretiens chez les ISPV et 4 chez les ISPP.

2) Choix de l'outil :

J'ai choisi d'effectuer des entretiens parce qu'il me semble que l'échange oral me permet de mieux percevoir les sentiments et les émotions exprimés par ces personnes. C'est aussi un moyen plus personnel pour leur faire exprimer leurs idées. Il s'agissait d'un entretien semi-directif, avec des thèmes définis que je souhaitais approfondir grâce à une grille d'entretien où sont classées des questions précises.

Mon entretien comprend 13 questions dont les 4 premières sont fermées ; elles me permettent de situer la personne. J'ai inclus 5 questions de relance permettant d'enrichir ces items.

3) Avantages et inconvénients de cette méthode :

Cette méthode a comme avantage de faciliter l'expression des sentiments relatifs au sujet. Elle m'a permis d'obtenir des informations enrichissantes et de pouvoir à tout moment demander des explications complémentaires. J'ai pu expliquer l'intérêt de mon sujet par rapport aux situations rencontrées par l'ISP.

L'inconvénient de cette méthode, c'est que ces entretiens nécessitent une retranscription parfois longue de ce qui a été dit. Il faut aussi savoir faire le tri des éléments les plus appropriés au sujet et savoir deviner derrière les « réponses » pour relancer le sujet au moment opportun.

VII Analyse descriptive et explicative :

A travers les entretiens, je vais faire ressortir 6 thèmes :

- **Le 1^{er} thème « A » : Informations générales sur l'ISP**

Il regroupe les questions 1, 2, 3, 4 et 5

- **Le 2^{ème} thème « B » : Les manifestations et les facteurs de stress**

Regroupe les questions 6 et 7

- **Le 3^{ème} thème « C » : Les connaissances des ISP sur la notion de stress**

Développé dans la question 8

- **Le 4^{ème} « D » : L'influence des protocoles sur le stress.**

Est développé dans la question 9

- **Le 5^{ème} « E » : Les mesures préventives pour lutter contre les conséquences liées au stress**

Ce thème regroupe les questions 10 et 11

- **Le 6^{ème} thème « F » : Les conditions de recrutement et le contenu de la formation par rapport au stress**

Il regroupe les questions 12 et 13

A) Informations générales sur les ISP

Question 1 « Quel est votre âge ? »

Sur 4 ISPP :

- 1 homme de moins de 30 ans
- 1 femme de plus de 30 ans
- 2 hommes de plus de 30 ans

Sur 6 ISPV :

- 2 femmes de 25 ans
- 4 hommes dont 1 de moins de 30 ans et 3 de plus de 30 ans.

Je constate que chez les ISPV, la moyenne d'âge est de 30,6 ans et chez les ISPP, la moyenne d'âge est de 31,75 ans.

Question 2 « Depuis combien de temps êtes-vous infirmier D.E ? » :

La moyenne d'années d'expérience en tant que diplômé d'état chez les ISPP est de 9,5 années, alors que chez les ISPV elle n'est que de 5,1 années.

Question 3 « Depuis combien de temps êtes-vous Infirmier Sapeur Pompier ? Pourquoi ce choix ? » :

Chez les ISPP, trois ont seulement quelques mois d'incorporation et un a 6 ans d'ancienneté. Trois d'entre eux ont été ISPV et un seul est entré par concours avec une expérience de Sapeur Pompier Volontaire.

2/4 ont choisi cette profession pour la prise en charge pré-hospitalière et deux pour la responsabilité (travaille seul sans médecin).

Chez les ISPV, tous ont moins de 5 ans d'incorporation. Cinq d'entre eux ont été Sapeur Pompier Volontaire.

2/6 d'ISPV ont fait ce choix par rapport à un désir d'aider la population, 3/6 d'ISPV sont intéressés par le pré-hospitalier et envisage de rentrer au SAMU et 1/6 ressent un besoin de sortir de la routine et d'être à l'extérieur.

L'intérêt du pré hospitalier ainsi que les responsabilités sont évoqués par deux ISPV, pour les quatre autres, le choix reste principalement le côté urgence et pré-hospitalier.

Question 4 : « Dans quel service travaillez vous ou avez-vous travaillé en dehors de vos activités d'ISP ? »

Je constate que les ISPP ont tous une expérience au SAMU et aux Urgences. En ce qui concerne les ISPV, leur activité professionnelle est assez variée mais la moitié d'entre eux ont une expérience aux Urgences.

Question 5 : « Sur quel type d'intervention évoluez-vous le plus souvent ? » :

Leurs interventions sont le plus souvent des malaises, des traumatismes et la prise en charge de la douleur.

A partir de ces réponses, j'ai cherché à découvrir le nombre d'interventions protocolées.

Il ressort que 61, 5 % des interventions d'ISPP nécessitent la mise en place d'un protocole. Alors que l'ISPV met en place un protocole dans 75 % de ses interventions.

Je m'aperçois que les ISP ont fait un choix réfléchi en fonction de leur aspiration qui tend vers l'urgence. Mr Eric De Soir parle de « *notion de déterminisme professionnel : qui va travailler chez les SP peut s'attendre à ce qu'il ou elle, tôt ou tard, soit confronté à un événement émotionnellement choquant ou traumatisant, comme dans d'autres métiers à risques où il est question d'un choix professionnel clairement conscient.* »¹⁹

¹⁹ Mr Erik DE SOIR « *Gestion du stress traumatique chez les Sapeurs Pompiers et les Ambulanciers* » Urgence pratique n° 36, 1999, page 51

Concernant les protocoles, plusieurs départements ont formé des infirmiers pour paramédicaliser, apportant une réponse graduée de proximité²⁰. En 2007, 80% des 2000 interventions du SSSM du Rhône ont été effectuées par les ISP.

Eric De Soir dit : « Une autre ligne de rupture, qui se retrouve dans beaucoup de corps de SP, se situe entre jeune et vieux : le fait d'avoir un grade ou un certain nombre d'années d'expérience n'est pas toujours synonyme d'une meilleure connaissance professionnelle »²¹. Dans le cadre des ISP, il semble que l'expérience joue un rôle dans la mise en place des protocoles. Y a-t-il un stress plus important qui fait que l'ISPV semble rentrer plus facilement dans un protocole ?

B) Les manifestations et les facteurs du stress :

Question 6 « Que ressentez vous ? (Avant, Pendant et après l'intervention) ? » :

a) Avant l'intervention :

Dans l'attente d'une intervention : 2/4 parlent de sommeil perturbé dont une précise que c'était lors de ses premières gardes, 3/4 font des activités (sports, travail d'intérêt général, travail administratif) pour ne pas penser, dont un ressent un sentiment d'inutilité.

3/4 d'entre eux manifestent leurs émotions par une décharge d'adrénaline, qui se manifeste par des tachycardies, une excitation, 2/4 ont un sentiment d'appréhension par rapport à ce qu'ils vont rencontrer, 2/4 une excitation et 1/4 a peur d'un accident de trajet. Un novice n'est pas stressé mais un peu angoissé.

Chez les ISPV, il existe deux types d'attentes : Celle de l'astreinte à domicile qui est évoquée par deux d'entre eux comme peu stressante, parce qu'ils sont occupés par leurs activités. En ce qui concerne la garde postée, au moment du bip, 4/6 ont une attitude d'hypervigilance et ressentent une montée d'adrénaline (à type d'excitation, de mise en éveil, le cœur s'emballe, le visage rouge). Tous appréhendent la nature et la gravité de l'intervention. 1/6 parle d'un sentiment d'angoisse par rapport au risque d'oubli de matériel et 1/6 a peur d'un accident de trajet ou de ne pas trouver le lieu de l'intervention. Une ISPV exprime son appréhension de l'équipe avec laquelle elle va travailler.

b) Pendant l'intervention :

Pendant cette phase, j'ai constaté que 2/4 des ISPP parlent de « bon » stress qui leur permet de se concentrer sur la victime, sur la mise en place du protocole et sur les gestes. Un ISPP agit de façon mécanique et automatique dans les différentes étapes de la conduite à tenir mais dit aussi que l'environnement (bruits, mauvaise entente de l'équipe) peut le parasiter. Et une ISPP dit que le stress n'affecte pas son intervention. Elle pense que ceci est dû à son expérience.

Sur un plan physiologique, un ISPP exprime ses manifestations qui sont l'hypersudation, la sensation de chaleur intérieure et l'érythème du visage.

²⁰ Le Sapeur-pompier magazine N° 999, mars 2008, page 9 à 17

²¹ Op.cit Mr Erik DE SOIR « Gestion du stress traumatique chez les Sapeurs Pompiers et les Ambulanciers

Je m'aperçois que chez les ISPV, 4/6 parlent de « bon » stress comme chez les ISPP et 2/6 agissent de façon mécanique. Ce qui peut les stresser, c'est l'entourage familial à rassurer (1/6 c'est un novice) ou des doutes sur l'efficacité de ses actions et leurs conséquences (1/6 dont une novice femme).

Sur le plan physiologique, deux ISPV (une femme novice) manifestent leurs émotions (parle plus vite, plus fort, beaucoup et rit). Un ISPV dit que le contexte de l'intervention peut être plus violent qu'à l'hôpital.

c) Après l'intervention :

Sur quatre ISPP, un seul parle de relâchement physique et psychologique (Novice). Un autre occulte la victime pour rester sur un sentiment professionnel et à tendance à manger après une intervention. Une ISPP repense à l'intervention et en parle avec l'équipe. Et le quatrième pense à l'avenir de ceux qui restent et finit sa journée de garde par une douche.

Parmi les ISPV, quatre novices dont 2 femmes ressentent un relâchement et analysent l'intervention avec ou sans l'équipe. Un ISPV expert dit « tourner la page » et l'autre se pose des questions sur le devenir de la victime.

Question 7 « Selon vous, qu'est ce qui peut interférer ou troubler l'efficacité de votre intervention et inversement qu'est ce qui peut améliorer votre efficacité ? » :

Les ISPP font ressortir que l'environnement (les conditions de travail, l'entourage familial) dans lequel ils interviennent, l'expérience professionnelle mais aussi la connaissance des protocoles (3/4 des ISPP) agissent sur le bon ou le mauvais déroulement de leur intervention. Un seul parle de l'importance du conducteur de VSM.

Le fait d'avoir un gilet qui contient du matériel essentiel à toute intervention rassure l'un d'entre eux.

Deux ISPP pensent que l'idée de rater un geste technique peut les perturber dans le déroulement de leur intervention. Je remarque qu'une bonne relation avec l'équipe SP est importante pour deux d'entre eux.

La fatigue ou l'état psychologique apparaît comme un facteur déstabilisant chez seulement un ISPP.

Pour les ISPV, l'environnement, l'expérience professionnelle mais aussi la connaissance des protocoles (3/6 des ISPV) sont des facteurs d'un bon ou d'un mauvais déroulement de l'intervention. Un seul fait apparaître l'importance du conducteur.

Contrairement aux ISPP, l'intégration au sein des équipes SP semble plus difficile pour cinq d'entre eux du fait qu'ils ne travaillent pas avec les mêmes équipes.

Un seul aborde la notion de fatigue et de l'état psychologique comme des facteurs interférant dans l'efficacité de son intervention parce que l'activité du volontariat est en plus de son activité professionnelle.

Je constate que les ISP adoptent un comportement d'ajustement qui semble correspondre à la théorie de Lazarus et Folkman qui ont développé le terme de « Coping » (1984) « Stress, appraisal and coping » New York : Springer. Celui ci correspond à une stratégie d'ajustement cognitivo - comportementale que l'individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant.²²

²² Thèse de Virginie MOISSON « Les pratiques de gestion mises en place pour lutter contre les effets néfastes du stress professionnel » <http://www.reseau-iae.org/tutorats/tutorat15.pdf>

L'évaluation de la situation et le « coping ». Il prend en compte les caractéristiques personnelles des individus avec l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire et tolérer l'impact d'un événement perçu comme menaçant sur le bien être physique et psychologique d'un individu ainsi que les spécificités du contexte d'évaluation de la situation. Il existe plusieurs stratégies de « coping » Ils en ont développé 8 :

* **La confrontation :**

- L'individu va essayer de changer la situation
- Mettre en place un protocole pour sauver la vie

* **La distanciation :**

- On fait semblant que rien ne s'est passé (c'est dangereux, incapable de se remettre en question)

* **L'autocontrôle :**

Le contrôle de soi en gardant ses sentiments.

* **La recherche de support social :**

Aide concrète de ses collègues (très recherchée par les hommes du rang).

* **L'acceptation de responsabilité :**

La capacité de se remettre en cause.

* **L'échappement et l'évitement :**

- Réaction de fuite.
- Consommation de produits illicites (alcool, tabac, drogues...).
- Occulter la victime
- Tourner la page

* **La résolution de problèmes planifiés :**

- Faire en sorte de ne plus se retrouver dans la même situation, soit en s'entraînant plus pour être à la hauteur ou revoir l'efficacité du protocole.

* **La réévaluation positive :**

- Redécouvrir ce qui est vraiment important par exemple dans le cas de l'action humanitaire dans la vaccination, le volontaire qui n'a pas pu sauver un enfant infecté et se culpabilise alors qu'indirectement il a sauvé des milliers d'enfants par la prévention de la vaccination.

Le stress étant un mécanisme physiologique, cognitif, émotionnel et comportemental il se met en action à la confrontation à un danger qu'on identifie comme débordant notre capacité à faire face, alors que l'anxiété est un mécanisme indirect qui renvoie au phénomène d'anticipation.

Sur un plan psycho-physiologique, les ISP ont les mêmes manifestations que décrites dans la phase d'alarme de la théorie de Hans SELYE.

En analysant mes entretiens à contrario des ISPP, je me suis aperçu que 4/6 ISPV n'expriment leur ressenti qu'au moment où leur bip se déclenche, cet à dire au moment de partir en intervention. Il n'exprime rien sur la période d'attente. Nous pouvons nous demander pourquoi cette période est ressentie différemment selon les catégories d'ISP ?

Est-ce-que le fait « d’occulter la victime » ou de « tourner la page » après l’intervention, ne serait pas une forme de refoulement ou de « Coping » pour certains ISP ?

Dans mes entretiens, la notion d’automatisme ressort ainsi que la notion de concentration et de rigueur centrées sur l’intervention. Selon Eric De Soir « *les secouristes ressentent fréquemment dans les premiers instants qui suivent la tragédie une surstimulation. Comment réagit notre organisme ? Dans la plupart des cas, il passe en pilotage automatique : le secouriste va donc se blinder, ses inputs seront sélectionnés comme s’il regardait au travers d’une sorte de tunnel* »²³.

Le terme de « Bon » stress dont parlent les ISP semble rejoindre la phrase exprimée par Lazarus : « *Il y a stress quand pour le sujet existe une disproportion entre les exigences de la situation et ses capacités de réponse vécues comme excédant ses ressources, mettant en danger son bien être* »²⁴. En effet, il apparaît que la compétence et l’expérience sont vectrices d’une bonne maîtrise de la situation. Le stress a-t-il une action positive les concernant ?

Je peux constater, qu’au retour d’intervention, suit une période de décompression qui semble être très différente suivant la personnalité de chacun. « Aucun n’exprime un état de mal être, le comportement typique et extraverti des ISP (fumer, boire, parler fort, parler beaucoup), semble correspondre au syndrome de John Wayne (*Mitchell, 1993 ; Becker, 1989*). Tandis que le comportement de ma collègue qui était mutique et renfermée pourrait conduire à des problèmes à long terme comme le « SEPS ». Je n’ai pas retrouvé cette attitude auprès des ISP interrogés. »

Dans cet item, je retrouve l’importance de l’expérience et la connaissance des protocoles comme un facteur déstressant, ce qui conforte mon idée développée précédemment.

C) Les connaissances des ISP à propos de la notion de stress :

Question 8 « Pouvez vous me définir la notion de stress ? » :

Les ISPP définissent le stress comme : des moments de fragilité avec des troubles relationnels (un novice), une sensation agréable ou désagréable pour un autre et une sensation perçue comme désagréable pour le 3^{ème}. Une seule a donné une réponse inadaptée, en effet elle n’explique pas le stress, mais dit juste que le stress qu’elle ressent est « un bon stress et qu’il faut arriver à le gérer pour ne pas être parasité ».

Les manifestations du stress (sueurs, agitation, colère...) sont abordées par un ISPP novice et deux ISPP parlent de décharge d’adrénaline.

Côté ISPV, la définition du stress est très variée pour chacun d’eux ; il s’agit : « *Réaction face à une situation angoissante, imprévue* », « *Mélange de sensations bizarres* », « *Ressenti face à une situation donnée qui génère une anxiété* ». Deux ISPV parlent de « *facteur favorable ou défavorable, état de mal* » qui peut nous faire avancer ou nous faire perdre nos moyens. Seulement 2/6 ISPV parlent d’une décharge d’adrénaline.

D’après les réponses, j’ai cherché à creuser et à m’informer s’il existe une accumulation du traumatisme psychique qui pourrait être consécutif à un stress :

²³ Op.cit Mr Erik DE SOIR N° 25, année 1997, page 5 à 9

²⁴ Op.cit : voir Jean RIVOLIER « *Stress et performance* »

Il apparaît que $\frac{3}{4}$ des ISPP ne se sentent pas concernés par l'accumulation de traumatisme psychique. Un seul parle que l'accumulation de traumatisme psychique est individuelle. Concernant le stress post-traumatique, tous disent qu'il existe mais ne s'expriment pas sur le sujet ; un seul dit ne pas se sentir concerner.

Quant aux volontaires, tous savent la signification de l'accumulation de traumatisme psychique ; deux d'entre eux ne se sentent pas concernés mais $\frac{5}{6}$ proposent des moyens pour évacuer leur ressenti. Ils connaissent tous le stress post-traumatique, dont un parle d'interférence dans la vie sociale, familiale et professionnelle.

Il semble que la notion de stress exprimée par les ISP soit difficilement définissable de façon codifiée, étant donné leurs différents ressentis.

Concernant les réponses données par les ISPP sur l'accumulation du traumatisme psychique, je peux me poser la question : N'ont-ils pas une carapace qui montre une invulnérabilité du fait de leur position en tant que professionnel? Mr Erik De SOIR évoque la considération des sentiments dans notre société et dit : « *ils sont souvent un sujet tabou, surtout qui concerne l'égo des hommes pour qui parler de sentiment est plutôt un signe de faiblesse qu'une réaction normale à une situation anormale* ». ²⁵

Au vu des réponses données par les ISPV, il semble qu'ils soient plus ouverts pour livrer leur ressenti face au stress.

Est-ce que le fait que l'ISPV prenne moins souvent des gardes postées, l'amène à se sentir plus concerné par le stress, le mettant plus dans une position de questionnement ?

D) L'influence des protocoles sur le stress :

Question 9 « D'après vous y a-t-il un impact psychologique et/ou physique lors d'une intervention protocolée ? Si oui lequel. Est-ce qu'il interagit en dehors de votre vie professionnelle ? » :

La moitié des ISPP pensent que les protocoles sont stressants. Un pense que c'est rassurant, $\frac{3}{4}$ pensent qu'il est important de pouvoir faire appel à un médecin. Il n'y a pas d'impact physique et l'impact psychologique fait ressortir des questionnements pendant l'intervention ($\frac{1}{4}$), après l'intervention ($\frac{1}{4}$). Il y a plus d'impact au début de son incorporation que maintenant pour un ISPP. J'ai remarqué qu'un seul dit qu'il n'y a pas d'impact car les protocoles sont codifiés. Du point de vue de l'impact sur la vie privée, $\frac{3}{4}$ n'ont pas répondu et la 4^e dit ne pas avoir d'impact sur sa vie privée.

Chez les ISPV, l'intervention protocolée est stressante pour 2 d'entre eux (Novices). La moitié des ISPV n'a pas d'impact psychologique ni physique dans leur vie privée. Et pour les 3 autres, l'impact fait référence à la famille (effet de transfert, peur dans les déplacements en véhicule).

Pour la plupart des ISP, l'impact physique et psychologique ne semble pas les toucher, sachant que le département du Rhône organise une formation certificative annuelle pour pouvoir intervenir en tant qu'ISP protocolé. Est-ce que le fait d'être protocolé leur permet de réduire l'impact d'un stress ?

²⁵ Op.cit Mr Erik DE SOIR, Urgence pratique N° 25, 1997

Il faut quand même noter que le transfert sur sa propre famille, des événements vécus, est facteur de stress.

L'usage des protocoles en pré-hospitalier n'est pas sans risque juridique que ce soit pour le médecin chef ou l'infirmier d'où peut être un stress ?

Est-ce que le fait de prendre la décision de rentrer ou non dans un protocole ne génère t'il pas du stress ? Ou est-ce le simple fait d'être seul ou l'association des deux ?

Voir annexe 2 pour le contenu du protocole et du compte rendu.

E) Les mesures préventives pour lutter contre les conséquences liées au stress :

- Mises en place par l'institution :

Question 10 « Y a-t-il des moyens institutionnels mis en place pour faire face à cet impact ? Si oui, quels sont-ils ? » :

Tous les ISPP parlent d'une unité de soutien psychologique. Un seul aborde la salle de sport. Un ISPP met en avant le médecin du SSSM. La moitié des ISPP serait prêt à se confier au psychologue et l'autre moitié ne s'exprime pas personnellement sur ce sujet. Tous les ISPP parlent de débriefing informel.

Pour les ISPV, 5/6 connaissent l'existence de l'unité de soutien psychologique.

Une seule ISPV met en évidence l'importance du conducteur de VSM (Novice). 2/6 seraient capable de faire appel au psychologue, 2/6 se confieraient à leur conjoint, un seul ferait appel à ses collègues et un seul ne conçoit pas de se confier. Tous les ISPV pensent que le débriefing est utile.

Etant donné que les ISP ont abordé le thème du débriefing, j'ai cherché à les interroger avec plus de précision sur les modalités et les différents types de gestion émotionnelle :

A savoir, trois ISPP sur quatre donnent un délai variable (sur le lieu de l'intervention jusqu'à un mois). Deux disent que les trois types de débriefing doivent être regroupés. Un parle de l'intérêt de l'intervention d'un psychologue extérieur connaissant le milieu pompier. Parmi eux, un seul donne une explication confuse du débriefing.

Pour les ISPV, trois (3/6) parlent d'un meneur de débat et de la présence d'un psychologue et deux autres sont plus partagés entre la présence ou non d'un psychologue. Un seul parle de l'importance que le psychologue est vécu l'intervention.

4/6 des ISPV donnent un délai allant du retour à la caserne à 2 semaines. 5/6 parlent de regrouper les 3 types de débriefing.

Il y en a un qui donne la définition du « Defusing » et deux autres qui parlent de moment de parole informel au retour de l'intervention.

- Celles développées par l'ISP :

Question 11 « Quels moyens mettez-vous en place pour faire face à cet impact ? » :

Les ISPP (3/4) parlent de l'activité sportive, 2/4 parlent de se confier à leur entourage familial. 2/4 ont des rituels (l'un se douche à la fin de sa garde et l'autre porte un gilet contenant du matériel, mange après l'intervention et se ronge les ongles). Je tiens à préciser qu'ils ont cette attitude depuis toujours. On peut penser que ces rituels sont des conduites de réassurance de type « contra phobique » mises en place pour lutter contre l'angoisse de l'intervention.

Quant aux ISPV, tous parlent des activités sportives, 4/6 (Novice) ont besoin d'exprimer leur ressenti soit avec la famille, soit avec les collègues. La plupart des ISPV exprime clairement le moyen pour chacun d'eux de faire face à l'impact psychologique (théâtre, rire, parle beaucoup, musique, contrôler l'hyperventilation, prendre du temps pour soi).

Pour plus de clarté, j'ai cherché à savoir si une augmentation dans la fréquence de leurs activités pourrait être responsable d'une augmentation de stress :

Les ISPP n'ont pas eu de modification dans la fréquence de leurs activités. Et 2/6 des ISPV sont dans le même cas, un seul dit faire plus de sport et deux n'ont pas répondu. Le dernier dit avoir diminué son activité par manque de temps mais sans impact.

Le moyen institutionnel le plus exprimé semble être l'unité de soutien psychologique, mise en place par le SDIS, composée de psychologues et d'infirmiers psychologues.

Ils interviennent à la demande soit du service de santé, soit lors d'un événement de grande ampleur ou sur demande individuelle.

D'après le médecin commandant A. FLAUJAT du SDIS de l'Hérault, un soutien psychologique est nécessaire dans certaines circonstances et ne doit pas être systématisé pour garder son efficacité.²⁶ Il propose des mesures préventives à savoir :

- *La sélection à l'incorporation et la surveillance lors de la période probatoire,*
- *Le soutien familial étant parfois la meilleure défense contre le stress,*
- *L'information sur le traumatisme psychologique,*
- *la formation professionnelle initiale et continue*
- *l'entraînement qui renforce le travail collectif et l'esprit d'équipe et permet l'accomplissement automatique de gestes techniques corrects.*

Sur un plan curatif, il existe deux types de thérapeutiques que les ISP ont évoqués sachant que ma question concernait le « Débriefing », et que la notion de « Defusing » a été abordée. Il me semble opportun de les définir. D'après le Dr FLAUJAT :

- *Le defusing, qui est un traitement immédiat, informel, consistant simplement en l'écoute du récit fait par les intervenants, s'ils éprouvent le besoin d'en parler, et en le dépistage de ceux qui ne veulent pas parler et paraissent se replier sur eux-mêmes et se réfugier dans le silence ; il peut être fait en fin d'intervention, sur les lieux, ou mieux dès le retour dans un lieu sécurisé et convivial ; il devrait être pratiqué par n'importe quel membre du service de santé des sapeurs pompiers.*

²⁶ Dr Alain FLAUJAT, « Soutien psychologique chez les sapeurs pompiers français », http://www.medbc.com/annals/review/vol_16/num_1/text/vol16n1p24.asp

- *Le débriefing, traitement post immédiat, beaucoup plus formel et organisé, va consister en une séance collective dans la semaine qui suit l'événement, dans un lieu sécurisé, neutre et convivial, à partir du 3^{ème} jour pour s'éloigner du stress dépassé et avant le 8^{ème} jour, pour garder encore le souvenir du vécu de l'intervention, réunissant tous les intervenants, en présence de 2 membres du service de santé, l'un jouant le rôle d'animateur, l'autre celui d'observateur.*

Il me semble que les moyens personnels évoqués par les ISP rejoignent les propos d'Aline MAURANGES, psychologue à l'hôpital TENON qui dit pour évacuer le stress : « *Dans la vie privée, activités, détente et repos, relaxation et plaisir sont à réinjecter dans vos journées. Changez-vous les idées !* »²⁷. Le fait qu'ils n'aient pas augmenté leurs activités me permet de penser qu'ils n'ont pas plus de stress depuis qu'ils sont ISP.

Deux ISPP ont besoin de rituel soit par sécurisation soit pour passer à autre chose.

F) Les conditions de recrutement et le contenu de la formation par rapport au stress :

Question 12 « Lors du recrutement, y a-t-il évaluation des capacités à gérer les émotions ? Qu'en pensez-vous ? » :

Un seul ISPP est rentré par concours, pour lui il y a eu deux entretiens : un avec le médecin et un avec un psychologue. Pour les autres, 2/4 disent que lors de leur entretien, ils ont été évalués sur leur capacité de gestion d'un conflit et un qui n'a pas eu d'évaluation psychologique.

Sur la deuxième partie de la question, les avis concernant les évaluations psychologiques sont partagés : Un est ni pour ni contre, un est pour, un n'a pas d'opinion et un constate la difficulté d'évaluation.

Les volontaires sont unanimes sur le fait qu'il n'y a pas d'évaluation psychologique. Mais lors de la formation des protocoles, 2 ISPV parlent d'évaluation des capacités psychologiques pendant les cas concrets et pendant l'évaluation finale. Plusieurs ISPV suggèrent : Soit de faire une année en tant que Sapeur Pompier Volontaire, soit de se rendre disponible pour prendre des gardes.

D'après les réponses données par les ISP, il semble que l'entretien lors du recrutement ne soit pas identique entre ISPP et ISPV ; il peut s'expliquer par l'organigramme du SSSM du Rhône qui montre que les ISPP sont des infirmiers de groupement ou de pôle. Ils doivent gérer un groupe d'ISPV et sont amenés à prendre des gardes en tant qu'officier santé au CTA. De plus, leur entretien de recrutement comporte un Officier Sapeur Pompier, le Directeur des Ressources Humaines, le Médecin Chef et l'Infirmier de Chefferie. Tandis que l'ISPV envoie une lettre de motivation au Chef de Centre et à l'Infirmier de Chefferie puis a un entretien avec chacun d'eux.

La formation certificative des protocoles est organisée de la façon suivante : Un jury composé d'un binôme médecin et infirmier évalue chacun des postulants à l'issue des trois jours de la FIPSU (Formation Initiale aux Protocoles de Soins d'urgences). Il faut entre six mois et un an de parcours de formation où l'ISP se forme, fait du secourisme et de l'aptitude médicale. Ensuite, une fois protocolisé, il tourne en binôme avec un ISP sénior et doit prendre en charge 6 victimes avant d'être habilité à paramédicaliser seul une intervention.

²⁷ Fiche gestion du stress n°7, « *Quelles réponses apporter au SEPS* » Soins N°670 novembre 2002 page 54

Question 13 « Y a-t-il des formations concernant la gestion des émotions et / ou du stress pour votre métier ? Si oui, en avez-vous suivi une ? Qu'en pensez-vous ? Si non, pensez-vous que ce serait utile dans votre métier ? » :

La totalité des ISPP dit qu'elles n'existent pas et propose : Une formation interne pour harmoniser les façons de faire (1/4 novice), des formations et / ou des manœuvres sans évaluation (2/4 des ISPP) et un seul n'en ressent pas l'utilité.

Parmi les volontaires, 3/6 ne savent pas s'il en existe ; un n'a pas répondu à la question, un est partisan des formations mais ne sait pas si ça existe au SSSM et un ISPV ne souhaite pas de formation.

Plusieurs propositions sont avancées : Un recrutement mieux ciblé sur l'urgence, une cohésion de groupe, une meilleure information sur l'existence des psychologues, une remise à niveau régulière, des manœuvres et un ISPV propose des séances de relaxation ou de sophrologie.

D'autre part il ressort qu'ils n'ont pas de formation sur le traumatisme psychique ni de manœuvre propre aux infirmiers alors que la théorie du Dr A. FLAUJAT dans le cadre de la prévention dit qu'il est important de les mettre en place.

Se référer à l'annexe 3 pour les réponses des entretiens :

Annexe 3.1 pour les réponses des ISPP

Annexe 3.2 pour les réponses des ISPV

LA DISCUSSION

VIII Analyse personnelle et propositions :

Au vu de l'analyse descriptive et explicative, je souhaite faire ressortir les points importants sur lesquels je vais apporter ma réflexion. Le stress n'est pas perçu comme une charge émotionnelle déstabilisante pour ces ISP. Il ressort dès le début des entretiens, qu'ils considèrent leur travail comme une passion ; je peux dire qu'il y a une motivation certaine.

Par contre concernant l'expérience, je pense qu'il y a une divergence entre la théorie développée par Mr Erik De SOIR chez les Sapeurs Pompiers et les données recueillies sur le terrain auprès des ISP. En effet, il apparaît, d'après les données des entretiens, que les ISPV mettent plus souvent en place des protocoles que les ISPP. Je constate que l'expérience des ISPP leur permet l'acquisition d'automatismes dans les gestes techniques, des connaissances liées à la pathologie, qui laisse la place pour recueillir des informations, avoir une écoute active et apporter une aide psychologique à la victime. Cela peut ne pas nécessiter la mise en place de protocole. L'ISPP se laisse ainsi peut être plus le temps de la réflexion que l'ISPV.

Le fait que les ISPV aient un roulement avec une garde postée à la caserne et quelques astreintes à domicile par mois va générer une anxiété voir une « angoisse » du au manque de pratique. Et par la méconnaissance des équipes de SP avec lesquels ils doivent constamment recréer des liens et apprendre à travailler qui est également source d'anxiété.

Pour réduire ce stress, il serait probablement nécessaire d'organiser des manœuvres non évaluatives regroupant les différentes équipes SP et ISP. Elles leur permettraient de travailler ensemble sur les différentes situations rencontrées et aussi de mieux comprendre les rôles des uns et des autres durant les interventions. Il serait également nécessaire d'offrir plus de gardes postées aux ISPV. Les ISP se sentiraient peut être mieux reconnus dans leur rôle.

Actuellement les nouveaux ISP protocolés doivent être en binôme avec un ISP sénior (plus expérimenté) et avoir effectué 6 prises en charges de victime avant de prendre seul les gardes VSM et la possibilité de s'adresser à leur infirmier référent pour les difficultés rencontrées. Je pense que ce n'est peut être pas suffisant, a fortiori si le type de prise en charge est toujours le même durant cette période probatoire. Pour mieux les aider, je propose soit une forme de tutorat pendant quelques mois après cette période probatoire, qui leur donnerait la possibilité de faire appel à l'ISP sénior ou le référent, soit de pouvoir augmenter le nombre de gardes postées en binôme.

D'après les dernières informations et dans un futur proche, un livret de formation va être mis en place au SDIS du Rhône où l'ISP stagiaire devra valider les différentes situations (pathologiques, soutiens sanitaires...) avant de pouvoir assumer seul les gardes VSM. Je pense que cette proposition sera probablement plus adaptée pour diminuer le stress de l'ISP en intervention.

Je souhaite apporter une information sur l'importance du rôle du conducteur de VSM et du GPS (Guidage Par Satellite) qui permettent à l'ISP de se concentrer sur le type d'intervention sans être perturbé par la recherche du trajet. Il faut savoir que le conducteur existe depuis peu au SDIS du Rhône. Les ISP en ont peu parlé lors des entretiens mais durant mon stage ils ont exprimé sa présence comme un soulagement. Au niveau national, la présence du conducteur n'est pas systématique. Il serait intéressant de le mettre en place sur le plan national.

Les ISP ont trouvé d'autre moyen inconscient pour réduire le stress en utilisant le « coping ». En ce qui concerne ma réflexion sur le fait que l'ISP « *tourne la page ou occulte la victime* », elle me laisse à penser qu'il s'agit bien d'une forme de « coping émotionnel ». Lors des entretiens, ils me l'ont exprimé sans émotion, sans état d'âme et sans hésitation ce qui n'aurait pas été le cas dans le refoulement.

Je n'ai pas l'impression que les ISP puissent éprouver des difficultés à faire face aux différents événements traumatiques qu'ils ont pu vivre. Lors de l'explosion de Gaz du 28 février 2008 (un pompier décédé et 13 autres blessés) où j'étais présent en tant que stagiaire, j'ai pu observer dans les jours qui ont suivi le comportement des ISP impliqués. Il n'y a pas eu de manifestation de leur affect dans le déroulement de leur travail. Je pense que le débriefing qui s'est déroulé le samedi suivant a permis à chacun d'exprimer son ressenti ; malheureusement je n'ai pas pu y assister.

Plus j'avance dans mon analyse et plus je me rends compte que le stress vécu par l'ISP est un stress nécessaire et positif. Ils sont à la recherche d'une excitation qui les stimule, les met en éveil et les rend performants.

J'ai pu remarquer lors de mes entretiens que les ISPP étaient moins expressifs que les ISPV ; il m'a été difficile de leur faire exprimer des choses très personnelles. Je pense que le professionnel a des responsabilités, telles que la gestion d'un groupe d'ISPV et/ou l'image de leader, qui l'oblige à ne pas avoir de défaillances devant ses hommes. Cela lui impose d'avoir une attitude réservée. Il en est de même pour parler de l'impact sur sa vie privée. Le volontaire n'a pas cette position et par conséquent se sent peut être plus libre de s'exprimer.

Lors du recrutement, il semble que la personnalité psychologique soit plus ou moins évaluée par du personnel n'ayant pas la spécialisation en psychologie ; ce qui ne veut pas dire qu'il n'a pas la compétence pour analyser la capacité à gérer le stress du candidat.

Je m'aperçois aussi que les ISPP et les ISPV n'ont pas les mêmes conditions de recrutement. Pourtant ils prennent les mêmes gardes postées. Je propose pour une harmonisation du recrutement entre ISPP et ISPV, la présence systématique d'un psychologue qui permettrait d'avoir un avis supplémentaire. D'après Françoise BOISSIERES, la personnalité susceptible d'avoir un « Burn out » est l'idéaliste, la personne exigeante avec elle-même, qui s'impose de réussir... Le psychologue pourrait ainsi évaluer le niveau de confiance en soi. Un équilibre entre avoir confiance en soi et savoir se remettre en question me semble nécessaire pour éviter le Syndrome d'Épuisement Professionnel du soignant « SEPS ».

Il apparaît au travers des entretiens que la garde postée de l'ISPV est considérée comme un moment de « loisir » d'où ils n'ont pas le sentiment de stress en dehors du bip. Bien sûr, pendant leur garde, ils ont l'inventaire de la pharmacie à faire, le contrôle des sacs infirmiers, la vérification de l'armement du VSM et l'enregistrement des données des DSA (Défibrillateur Semi Automatique). A contrario, l'ISPP semble axé sur le besoin de faire des interventions étant donné que c'est sa profession principale. Ne pas sortir signifie l'absence d'activité opérationnelle et par conséquent une diminution de la dextérité des gestes et des connaissances.

Le protocole semble être un outil intéressant pour paramédicaliser une victime et le stress ne semble pas présent pendant l'intervention. Je pense que le protocole permet à l'infirmier d'adopter une attitude thérapeutique réflexe plutôt qu'une réelle démarche diagnostique. Ceci permet d'éviter les erreurs d'appréciation dans le tableau clinique qui peuvent entraîner une mauvaise réponse aux questions décisionnelles. Cela a pour conséquences la non validité de la

mise en place du protocole avec des sanctions juridiques dans l'exercice de la profession et l'accusation d'exercice illégale de la médecine. De plus, la décision finale incombe à l'ISP seul. Je pense que le stress exprimé par les ISP correspondrait plus à la mise en place du protocole qu'à son exécution.

Actuellement, ce stress n'a pas d'impact négatif sur l'intervention de l'ISP ni sur un plan psychologique car ce métier est récent. De plus, ils ne prennent pas en charge la victime sur du long terme en comparaison avec un service hospitalier. Pourtant, on sait que le stress cumulatif peut toucher tout le monde. Une personne qui gère bien son stress face à un événement peut se retrouver plus vulnérable à un autre événement. L'expérience cumulée de gestion d'événements difficiles peut générer du stress d'où l'importance d'évacuer au fur et à mesure même si à priori on gère bien ou on n'en ressent pas le besoin. Je peux me demander si après plusieurs années, un stress différé ne pourrait pas apparaître par la libération brutale d'une tension émotionnelle trop longtemps accumulée et contenue qui pourrait se manifester par un repli sur soi, une dépression, une prise de stimulants ou de stupéfiants ?

D'où l'importance du soutien psychologique qui adhère parfaitement à la théorie proposée par le Docteur FLAUJAT.

Mais l'ISP préfère se confier à son entourage en priorité. Le moyen le plus utilisé dans la gestion du stress est la famille, les amis et les collègues qui montrent l'importance d'un contact avec d'autres personnes qui auront la mission d'être à l'écoute et de rassurer. Une attitude positive de l'entourage diminue le stress, c'est une ressource. Autre moyen important, il s'agit des activités sportives qui sont bien connues pour leurs bienfaits contre le stress. A la caserne, le SDIS met à leur disposition une salle de sport accessible à tout moment de la journée.

Etant donné que la notion du « Stress », du « Defusing » et du « Débriefing » sont connues mais de façon diverse et imprécise, je pense qu'il serait nécessaire d'informer les ISP sur ces différents points afin qu'ils puissent comprendre leurs utilités.

Le SDIS a bien compris l'importance d'une unité psychologique mise en place depuis novembre 2007 et qui tend à se développer. Cette unité pourrait proposer des formations adaptées pour prévenir les effets du stress en intervention et apporter des réponses à certaines difficultés rencontrées sur le plan émotionnel. Ces formations doivent être menées sans jugement, ni culpabilisation ; il s'agirait d'échanger le vécu de chacun.

Il serait intéressant que l'ensemble des équipes Sapeurs Pompier rencontre le personnel de l'unité psychologique afin de mieux connaître leur travail et ce pourquoi ils sont là. Je pense que ça permettrait de mieux les intégrer et de faire appel à eux plus facilement.

Dans le cadre d'un débriefing, je pense que l'équipe de soutien psychologique ne doit pas être impliquée directement dans l'intervention afin qu'elle puisse garder une distance objective. Mais elle doit connaître le milieu pompier par rapport au vocabulaire spécifique du sapeur pompier, à sa culture et son savoir être pompier afin de pouvoir intervenir efficacement. Le débriefing est un moyen d'aider les ISP à passer le cap difficile et d'éviter un stress post-traumatique.

Les propositions pour lutter contre le stress sur le plan personnel :

a) le Docteur CONINX Pierre du SAMU des Hauts-de-Seine²⁸ propose des moyens pour éviter certains comportements générateurs de stress c'est à dire :

- L'agressivité excessive et gratuite qui ne correspond pas à un besoin nécessaire de défense.
- L'inhibition totale de son agressivité, ses émotions, ses réactions en général, sauf lorsque l'inhibition est un mode salubre de défense.
- Le remords et la rumination
- La dépendance
- L'absence d'affirmation de soi et de son identité
- La réaction spontanée et irréfléchie.
- Les attitudes obsessionnelles
- Le perfectionnisme, l'exigence, qui engendrent souvent l'irritabilité et l'insatisfaction.

L'affirmation de soi et de sa personnalité sont indispensables à l'épanouissement de l'individu et à l'expression de son identité. C'est s'exprimer sans détour et sans complexe, défendre ses idées, ses droits, exprimer son désaccord et son mécontentement, se faire respecter.

b) Je souhaite donner quelques principes d'hygiène de vie que l'ISP peut mettre en place dans la vie quotidienne :

- Eviter de boire de l'alcool et de fumer.
- Apprendre une technique de relaxation (Yoga, Sophrologie, Tai-chi...) et faire des pauses dans la journée.
- Respecter les horaires de lever et coucher.
- Avoir une activité physique régulière (Sports).
- Garder du temps pour sa vie privée.
- Avoir une alimentation équilibrée.
- Avoir des loisirs (Théâtre, Musiques...).

c) En intervention :

La réussite d'une intervention ne dépend pas que d'un individu mais repose sur une équipe. Je propose que l'ISP adopte l'attitude suivante :

- Etre à l'écoute de l'équipe secouriste qui a pris en charge la victime.
- Faire confiance aux équipiers et les faire participer dans la prise en charge de la victime en fonction de leur niveau de compétence.
- S'octroyer un peu de temps pour être capable d'avoir une vision d'ensemble de la situation.
- Se positionner comme un maillon d'une « chaîne » au sein d'une équipe de secours.

²⁸ Le Stress dans l'urgence http://pierre.coninx.free.fr/exp/stress_fichiers/frame.htm#slide0025.htm

CONCLUSION

Le résultat de mon travail ne concerne qu'un faible échantillon d'Infirmier Sapeur Pompier ; malgré tout, cela m'a permis de mettre en évidence des éléments intéressants concernant l'impact du stress mais non significatif d'une généralité. D'autre part, j'aurai souhaité faire une comparaison entre homme et femme. Chez les professionnels, les femmes sont pour l'instant en minorité ; la comparaison a donc été impossible à établir.

Par rapport à mon questionnement de départ, l'ISP semble ressentir peu de stress, cela peut paraître surprenant mais peut s'expliquer par le fait que la grande majorité des ISP est passionnée par son métier.

Je constate que ces ISP sont capables de s'adapter face au stress en mettant en place des stratégies d'adaptation. Aucun élément ne me permet de supposer qu'il y ait une accumulation de stress post traumatique. Je pense que le manque de recul face à cette nouvelle profession, limite l'accumulation du stress. Mais n'y aurait il pas une cause plus rationnelle ? Le fait que la prise en charge de la victime se termine à l'entrée de l'hôpital ne faciliterait t'elle pas l'évacuation du stress ? La passion des ISP pour leur métier s'émoussera t'elle avec le temps ? C'est la répétition des évènements, des frustrations qui peut fragiliser. Est-il préférable d'alterner entre un service d'intervention d'urgence et le service classique pour éviter un éventuel « Burn out » ? Leur discours sera-t-il le même dans quelques années ? Pouvons nous rester professionnel sur du long terme en lien avec les facteurs de stress au quotidien ?

Il serait intéressant de refaire une étude d'ici quelques années et de comparer les résultats des deux enquêtes effectuées.

Le stress est un problème de société qu'il faut prendre au sérieux, le SDIS l'a bien compris. Il serait intéressant de s'informer auprès d'autres organisations des pays européens et Australien qui utilisent différentes méthodes de gestion de crise émotionnelle comme le FIST (Fire-Fighters and Emergency Médical Stress Team) et l'AEPSP (l'Association Européenne des Psychologues Sapeurs-Pompier).

Durant mon stage, je n'ai pas eu l'opportunité d'en discuter avec les psychologues du SDIS, peut être ont-ils déjà fait la démarche ?

Les dernières informations prouvent que le SDIS du Rhône s'est rapproché des autres associations en accueillant pour le 17 et 18 octobre 2008 au SSSM à Saint Priest (Lyon) une rencontre européenne pour la communication scientifique sur le thème de la psychologie des Sapeurs Pompier.

A mon avis, l'ISP est un bon moyen pour aider dans la prise en charge des victimes, dans les meilleurs délais, et d'augmenter la surface de couverture dans la réponse de secours à la population. Mais il n'est pas là pour remplacer le SAMU, au contraire, un travail en collaboration améliorera l'efficacité de l'intervention graduée dans l'intérêt du patient. La reconnaissance de l'ISP dans la chaîne de secours contribuera à réduire son stress.

Glossaire



GLOSSAIRE

CTA :	Centre des Traitement des Alertes
DDSC :	Direction de la Défense et de la Sécurité Civile
Dragon 69 :	Hélicoptère de la Sécurité Civil du Rhône
DSM (III et IV):	Manuel de Diagnostic et statistique des troubles Mentaux (Version III et IV)
ENSOSP :	Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs Pompiers
FIA :	Formation Initiale d'Application
FIPSU :	Formation Initiale aux Protocoles de Soins d'urgences
ISP :	Infirmier Sapeur Pompier
ISPP :	Infirmier Sapeur Pompier Professionnel
ISPV :	Infirmier Sapeur Pompier Volontaire
PSE 1 :	Premier Secours en Equipe niveau 1
PSE 2 :	Premier Secours en Equipe niveau 2
PTSD :	l'Etat de Stress Post Traumatique (Post Traumatic Stress Desoder)
SAMU :	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAP :	Secours à Personne
SEPS :	Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant
SDIS :	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SGA :	Syndrome Général d'Adaptation
SMUR :	Service Mobil d'Urgence et de Réanimation
SP :	Sapeur Pompier
SSSM :	Service de Santé de Secours Médical
VSAV :	Véhicule de Secours Aux victimes
VSM :	Véhicule de Secours Médicalisé

Bibliographie



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

SELYE Hans, *Le stress de la vie*, Paris : Gallimard, 1975, 425 pages

CROCQ Louis, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris : Odile Jacob, 1999, 422 pages

LE SCANFF Christine, BERTSCH Jean et RIVOLIER Jean, « *Stress et performance* », Paris : PUF, 1995, 231 pages

Françoise BOISSIERES, *Les soignants face au stress*, Lamarre, Rueil – Malmaison, 2002, 181 pages

Dictionnaire :

Petit Larousse Illustré, édition Larousse, Paris 1982, 1798 pages

Périodiques :

Mr Erik DE SOIR psychologue et psychothérapeute à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, Belgique, *Prévention, prise en charge et suivi du stress traumatique chez les secouristes*, Urgence pratique, n° 25 année 1997, pages 5 à 9

Mr Erik DE SOIR psychologue et psychothérapeute à l'Ecole Royale Militaire de Bruxelles, Belgique, *Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours*, Janvier 2003, le Journal International de Victimologie, 24 pages

Mr Erik DE SOIR « *Gestion du stress traumatique chez les Sapeurs Pompiers et les Ambulanciers* » Urgence pratique n° 36, 1999, page 51

Le Sapeur-pompier magazine N° 999, mars 2008, page 9 à 17

Fiche gestion du stress n°7, « *Quelles réponses apporter au SEPS* » Soins N°670 novembre 2002 page 54

Sites internet :

http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_la_une/statistiques/securete_civile/statistiques-ddsc-2006/sdis-2006/downloadFile/attachedFile/STATSSDI.PDF?nocache=1190463372.48

Mr Nicolas COUËSSUREL, http://www.infirmier.com/carr/isp.php_circulaire_DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000

Thèse de Virginie MOISSON « *Les pratiques de gestion mises en place pour lutter contre les effets néfastes du stress professionnel* » <http://www.reseau-iae.org/tutorats/tutorat15.pdf>

Dr Alain FLAUJAT, « *Soutien psychologique chez les sapeurs pompiers français* », http://www.medbc.com/annals/review/vol_16/num_1/text/vol16n1p24.asp

Le Stress dans l'urgence

http://pierre.coninx.free.fr/exp/stress_fichiers/frame.htm#slide0025.htm

Références juridiques :

Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, J.O n° 105 du 4 mai 1996 page 6728

Décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours, J.O n° 301 du 28 décembre 1997 page 19017

Décret 2004-802 du 29 juillet relatif aux parties IV et V modifiant certaines dispositions de code, j.o du 8 août 2004 page 37087

Décret no 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours, J.O n° 301 du 28 décembre 1997 page 19017

L'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, journal officiel du 7 janvier 1986, page 327

Décret no 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires, J.O n° 288 du 12 décembre 1999 page 18514

Décret n° 2006-1719 du 23 décembre 2006 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels, J.O n° 302 du 30 décembre 2006

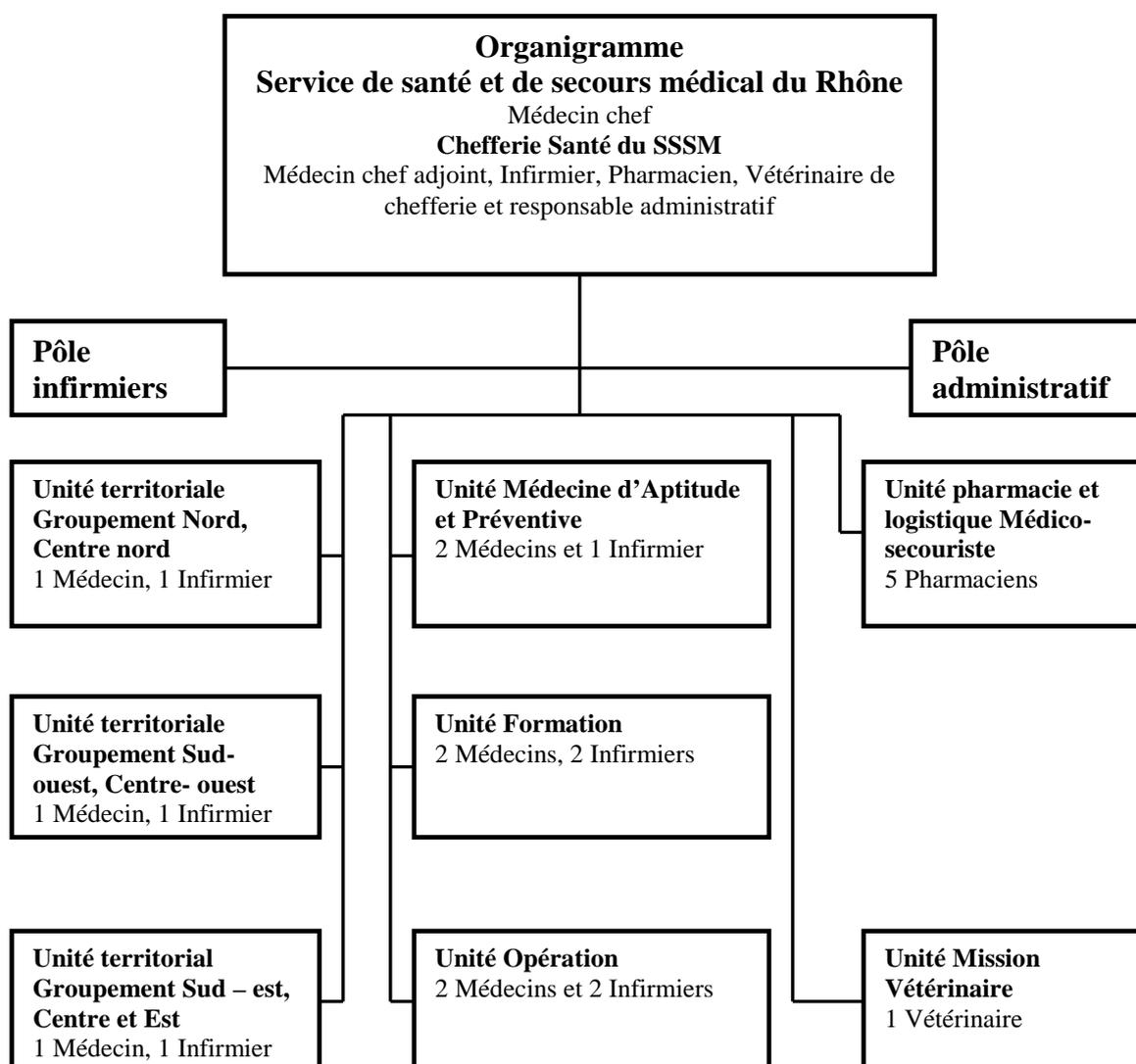
Arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires, J.O n° 7 du 9 janvier 2000 page 406

Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels, texte11

Annexes



Annexe 1



Annexe 2

Protocole PSU

Annexe 3

Les entretiens des ISP

Préface

Le stress touche tout le monde. Il a un coût dans notre société. C'est au cours de mes études d'infirmier que j'ai pris conscience de l'influence du stress. Il a parfois été un moteur mais aussi un frein me mettant devant la difficulté de le gérer au quotidien.

Ayant été Sapeur Pompier « SP », je me suis intéressé à la profession **d'Infirmier Sapeur Pompier « ISP » protocolé** qui a été créée récemment en France. L'intervention dans **l'urgence** et le fait d'être seul à paramédicaliser sont des caractéristiques de ce métier et m'ont amené à me poser la question quelle influence peut avoir le stress chez les ISP ? Et quelles en sont les conséquences ?

On parle de **l'Etat du Stress Post traumatique « PTSD »**, de **Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant « SEPS »**. Qu'en est-il chez les Infirmiers Sapeur Pompier ? Quels moyens pourrait-on mettre en place pour les éviter ?