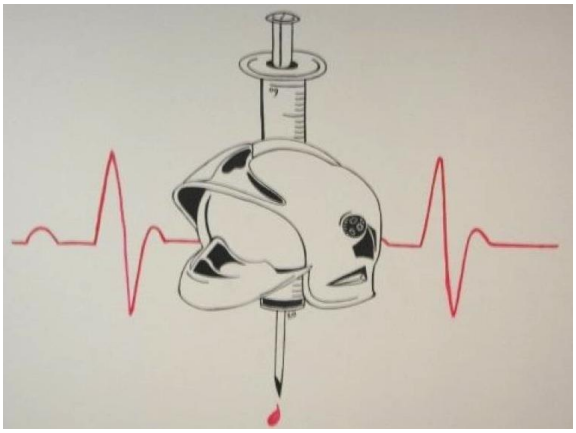
Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale – Ile de France de la Croix-Rouge Française.
Institut de Formation en Soins Infirmiers – Paris-Didot

# Mémoire de fin d'études
# UE 5.6. S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

sous la guidance de Me FAUNY Catherine
Remis le 4 Juin 2014



# Infirmier et Sapeur-Pompier : lien entre le quotidien et la passion

Carole MARIE

Promotion 2011-2014

## Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Paris-Didot de l'IRFSS – IDF de la CROIX-ROUGE FRANCAISE, et qui ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

## Remerciements

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Mme FAUNY Catherine pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce travail.

Je remercie tous les formateurs croisés durant ces 3 années d'études.

Je remercie tous les professionnels croisés durant ma formation pour ce qu'ils m'ont apportés, et le temps qu'ils m'ont consacrés.

Je remercie tous les ISP qui ont pris du temps pour répondre à mes entretiens, pour m'avoir fait découvrir leur monde, si particulier, qu'est le monde de « l'urgence » et transmis leur passion.

Je remercie Alice, Laura, Anthony, Dodao et tous mes autres camarades de promotion sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi enrichissantes.

Je remercie mes ami(e)s et ma famille pour leur soutien et plus particulièrement mon papa pour le temps consacré à la relecture de ce mémoire.

Enfin je remercie également mon compagnon pour son soutien, sa patience et son amour depuis plusieurs années maintenant.

*« Vous deviendrez les soignants que vous voulez devenir. »*

*Isabelle Rigault*

# Sommaire

I. Glossaire ..... 6
II. Introduction ..... 8
III. Situation d'appel ..... 9
IV. Cadre règlementaire ..... 11
1. L'ISP ..... 11
1. Règlementation ..... 11
2. Formation ..... 12
2. IDE et formation liée à l'urgence ..... 12
1. Règlementation ..... 12
2. Formation ..... 12
V. Cadre conceptuel ..... 12
1. Compétence ..... 13
2. Apprentissage ..... 16
3. Expérience ..... 18
4. Transfert ..... 20
1. Définition ..... 20
2. Connaissances ..... 20
3. Définition transfert de compétences ..... 20
VI. Enquête exploratoire ..... 23
1. L'outil d'enquête ..... 23
2. La population ciblée ..... 23
3. Les lieux d'enquête ..... 23
4. Les objectifs de l'enquête ..... 24
5. Les limites de l'enquête ..... 24
VII. Résultats et analyse ..... 24

VIII. Conclusion ..... 31
IX. Bibliographie ..... 32
X. ANNEXE I : PISU Arrêt Cardio-respiratoire ..... 36
XI. ANNEXE II : texte règlementaire ..... 39
XII. ANNEXE III : grille d'entretien vierge ..... 44
XIII. ANNEXE IV : grille de catégorisation ..... 47
XIV. ANNEXE V : verbatim des entretiens ..... 55
XV. Résumé ..... 70
XVI. Abstracts ..... 70

# I. Glossaire

| | |
|---|---|
| AASC | Association Agrée de Sécurité Civile. |
| ACR | Arrêt Cardio-Respiratoire. |
| AFGSU | Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence. |
| AMU | Aide Médicale Urgente. |
| CI | Centre d'intervention. |
| CODIS | Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours. |
| CSP | Code de la Santé Publique. |
| DEI | Diplôme d'Etat d'Infirmier. |
| DSA | Défibrillation / Défibrillateur Semi-Automatique. |
| DU | Diplôme Universitaire. |
| ECG | ElectroCardioGramme. |
| ESI | Elève en Soins Infirmiers |
| FAE | Formation d'Adaptation à l'Emploi. |
| FIA | Formation Initiale d'Application. |
| IDE | Infirmier /Infirmière Diplômé(e) d'Etat. |
| IFSI | Institut de Formation en Soins Infirmiers. |
| IME | Institut Médico-Educatif. |
| IRFSS | Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale. |
| ISP | Infirmier(e) Sapeur-Pompier. |
| ISPV | Infirmier(e) Sapeur-Pompier Volontaire |
| IVD | Intra-Veineuse Directe. |
| MCE | Massage Cardiaque Externe. |
| PISU | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence. |
| PSE | Premiers Secours en Equipe. |
| RCP | Réanimation Cardio-Pulmonaire. |
| SAP | Secours A Personne. |
| SAU | Service d'Accueil des Urgences. |
| SDIS | Service Départemental d'Incendie et de Secours. |
| SP | Sapeur-Pompier. |
| SIS | Secours d'Incendie et de Secours. |
| SMUR | Secours Mobile d'Urgence et de Réanimation. |
| SSSM | Service de Santé et de Secours Médical. |

| | |
|---|---|
| TFE | Travail de Fin d'Etudes. |
| VLSM | Véhicule Léger de Secours Médical. |
| VM | Ventilation Manuelle. |
| VSAV | Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes. |
| VSAB | Véhicule de Secours et d'Assistance aux Blessés. |
| VVP | Voie Veineuse Périphérique. |

# II. Introduction

Etudiante en soins infirmiers en troisième année à l'IFSI Paris-Didot de l'IRFSS - IDF de la Croix-Rouge Française, j'ai choisi de réaliser mon TFE sur un thème en lien avec le domaine de « l'urgence ». En effet, je suis passionnée par celui-ci depuis plusieurs années. Cette passion est présente depuis le lycée et s'est renforcée par mon implication bénévole en tant que secouriste au sein de plusieurs AASC durant 5 ans. De plus, je souhaiterai débuter ma carrière dans un service dit « d'urgence » (réanimation ou SAU) en vue d'exercer dans quelques années au sein d'un SMUR, et parallèlement, pratiquer une activité ISP. Il m'a paru donc tout naturel d'orienter mon mémoire sur ce sujet. Au cours de mon parcours d'étudiante en soins infirmiers, j'ai été confortée dans mon choix par le fait que j'ai été impliquée dans des situations d'urgence au sein de services qui ne sont pas des services d'urgence.

Les situations d'urgences engendrent souvent du stress et une remise en question. Il faut alors pouvoir évacuer afin de continuer à gérer sereinement ces situations. C'est ce qu'affirme l'expression « pour pouvoir prendre soin des autres, il faut d'abord savoir prendre soin de soi-même ». Pour cela, beaucoup d'IDE ont des loisirs en dehors de leur travail. Cela leur permet à la fois d'évacuer le stress et l'anxiété générés par leur métier, mais également d'avoir d'autres centres d'intérêts. Néanmoins, pour certaines d'entre elles, ce loisir est en lien direct avec leur profession. Je pense, notamment à tous les IDE, qui parallèlement à leur exercice professionnel quotidien, pratiquent sur leur temps de loisir, une activité en lien avec le domaine de l'urgence pré-hospitalière (exemple secouriste au sein d'une AASC ou ISPV au sein d'un SSSM). Mon choix porte principalement sur le domaine de l'urgence car je me retrouve dans ce mode de vie. Par ailleurs, j'ai eu l'opportunité, au cours de mes études, d'effectuer un stage au SSSM 77. Dans ce service, dont certaines des missions relèvent de la médecine pré-hospitalière, j'ai pu trouver de l'aide pour mon sujet de mémoire mais également pour ma situation d'appel.

Ce TFE comprend 3 grandes parties, à savoir la description de la situation de départ, le cadre théorique qui comprend le cadre juridique de la profession ISP et le cadre conceptuel et enfin l'enquête avec ses résultats et son analyse.

# III. Situation d'appel

Au cours de ma troisième année, j'ai effectué mon premier stage du semestre 5 au sein du SSSM 77. J'ai ainsi été confrontée à plusieurs situations d'urgence, qu'elles soient relatives ou absolues. C'est l'une d'entre-elles qui m'a particulièrement interpelée et qui sera ma situation d'appel pour ce TFE.

Elle se déroule en milieu d'après-midi lors de la prise en charge à domicile d'un ACR suite à un déclenchement par le CODIS. L'ISP et moi-même arrivons au domicile de la patiente. Sur place, les pompiers du VSAV pratiquent déjà une RCP de base (MCE, VM, DSA). L'un des pompiers, nous attend au portail du domicile afin de nous faire un compte-rendu de la situation. L'ISP met alors en œuvre le PISU correspondant à la situation présente (ici le PISU 2A- Arrêt cardio-respiratoire) qui indique la prise en charge IDE à effectuer face à un ACR ; à savoir poser au minimum un VVP et au besoin, administrer en IVD d'Adrénaline®. L'ISP me demande alors de préparer l'Adrénaline® pendant que lui, réalise la pose de 2 VVP (préférence de l'ISP). Malgré cette situation d'urgence vitale, toute la prise en charge technique s'effectue, autant que faire se peut, dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie (antisepsie cutanée, isolement du bras de la patiente sur un champ stérile, préparation des médicaments sur un plan propre…) Il délègue pendant ce temps, aux pompiers sur place, la pose des électrodes de monitoring, et délègue au chef d'agrès du VSAV d'aller attendre l'arrivée de l'équipe du SMUR. Je recueille alors les informations, concernant la patiente, à transmettre au médecin du SMUR dès son arrivée (les traitements, antécédents, allergies, hospitalisation récente, durée de l'ACR etc.).Lors de la prise en charge, l'ISP reste calme, ne s'énerve à aucun moment, n'élève pas la voix. Il coordonne les secouristes et moi-même. L'ISP organise son espace « triangle propre/patient/sale », dispose le matériel le plus près possible de la patiente tout en conservant de l'espace pour travailler dans de bonnes conditions. Le principal interlocuteur reste l'ISP, seul le bruit des machines (DSA, moniteur multiparamétrique) rompt le silence.

Dans cette situation, plusieurs points interrogations me sont venus à l'esprit. La première interrogation porte sur la gestion du stress tandis que la seconde porte sur les compétences d'un IDE face à l'urgence vitale.

La situation d'urgence vitale, engendre pour l'IDE du stress. Celui-ci est majoré pour un ISP car il apporte une prise en charge paramédicale dans le cadre d'une réponse graduée. De plus,

face au stress personnel de l'IDE, s'ajoute celui des personnes présentes sur place (secouristes, familles…)

L'ISP doit montrer, face à une urgence vitale, des compétences aussi bien techniques, qu'intellectuelles (jugement/raisonnement clinique). En effet, j'ai constaté qu'il savait ce qu'il avait à faire, car toute sa prise en charge s'effectuait de façon automatisée et « réflexe » et ses gestes techniques étaient précis.... Quelles compétences possède l'IDE pour gérer ces situations d'urgence et quelles sont celles qu'il a pu mettre en place ? A-t-il déjà vécu ce type de situation (et si oui, a-t-il précédemment réfléchi sur sa pratique afin de repérer les axes d'amélioration à apporter) ? Comment être organisé dans des situations d'urgence ? Sorti du contexte ISP, les IDE appliquent-ils cette gestion de l'urgence ? Qu'est ce qui peut expliquer que certains IDE soient capable de gérer sereinement et efficacement une situation d'urgence vitale, alors que d'autres semblent particulièrement « désarmées » et moins efficaces face à celle-ci ? Au regard de cette situation, je me demande si l'expérience acquise au sein du contexte ISP (gestion sereine de l'ACR), pourrait m'être bénéfique dans un autre contexte de stage ou professionnellement ? Enfin est ce que l'expérience ISP acquise (exerce depuis plus de 10 ans en tant que professionnel précédé de 10 ans de pratique volontaire) lui a permis de gérer la situation sereinement?

A travers ces interrogations portant sur la situation d'urgence vitale, on peut constater que certaines questions se retrouvent dans la pratique quotidienne. En effet, on s'aperçoit que l'ISP doit gérer les sapeurs-pompiers, et que, dans sa pratique quotidienne, l'IDE doit gérer des aides-soignantes et/ou des élèves. Lorsque survient un évènement imprévu que se soit un manque de personnel ou encore une urgence vitale, l'IDE doit alors gérer la priorité et donc son stress mais également la pression générée par la situation et par ses collaborateurs intervenants. On constate également dans cette situation, que l'ISP met en place un raisonnement clinique qu'il utilise lors de la pratique à travers les projets de soins. Son organisation lors de la situation (mise du matériel proche, délégation…), l'IDE l'utilise également au quotidien lorsqu'elle fait sa planification journalière (délégation des toilettes aux aides-soignantes, gestion et préparation des soins …). Lors des évaluations des pratiques professionnelles, l'IDE réfléchit sur cette pratique afin de l'améliorer.

**Toutes ces interrogations m'ont amenés à la question de départ suivante :**

**L'expérience ISP influe-t-elle sur l'exercice quotidien ?**

Au cours de ce travail, nous verrons tout d'abord le cadre réglementaire de l'ISP et de l'IDE dans l'urgence. Nous traiterons ensuite les concepts soulevés par la situation d'appel et la question de départ. Elles soulèvent un concept directement, celui de l'expérience. La question sous-entend le concept de compétences car pour exercer, il faut avoir acquis des compétences, et le terme « influe » va entrainer le concept de transfert de compétences. Le questionnement de la situation d'appel pose également le concept de compétence. Ces 3 concepts vont entrainer la définition du dernier à savoir celui de l'apprentissage. Nous définirons la méthode d'enquête, nous présenterons les résultats et enfin nous en ferons l'analyse. J'ai choisi, au vue de la question de départ, de traiter le sujet sous le champ disciplinaire de l'intégration des savoirs et des postures professionnelles et plus précisément les pratiques professionnelles.

# IV. Cadre règlementaire

## 1. L'ISP

### 1. Règlementation

L'ISP intervient au sein du SSSM. Les textes fondateurs des SSSM datent des années 1950 avec la création des « sapeurs-pompiers professionnels » et des « services départementaux d'incendie et de secours » (SDIS). Le statut d'ISP est encore récent, il n'a été officialisé que depuis le décret du 26 décembre 1997. On sait que la création de ceux-ci et du SSSM a permis une réponse graduée dans les demandes de secours.

L'ISP est tout d'abord soumis au CSP puisqu'il reste IDE avant tout, des lois liées au milieu des sapeurs-pompiers s'ajoutent au CSP. L'ISP exerce au sein du SSSM qui participe aux missions de secours d'urgence définies par l'article L 1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires. L'article R1424-24 du décret n°97-1225 du 26 décembre 1997, relatif à l'organisation des SDIS, définit la sphère de compétences dévolue au SSSM en énumérant les missions qui lui sont attribuées.
Le référentiel commun organisant le SAP et l'AMU du 25 juin 2008 a conforté les missions du SSSM et plus particulièrement des ISP. C'est ce document qui détermine la place et le rôle de chaque acteur dans la réponse à l'AMU.

### 2. Formation

Concernant la FIA, celle des ISP volontaires est quasiment identique à celle des ISP professionnels, au détail près que les ISP professionnels possèdent la FAE en complément. La FIA se décompose en 5 modules : module d'observation (1 journée au sein du SSSM d'un SDIS), module secourisme (PSE1 et 2 + SAP 1 et 2), module connaissance et culture (Sécurité Civile, SP et leurs missions, SSSM et plans de secours), module universitaire de santé publique, module universitaire de soins d'urgence. Ensuite en fonction des SDIS où l'ISP exerce, il existe des formations départementales spécifiques. Au SSSM 77 (organisme où j'ai effectué mon stage), ils possèdent des formations spécifiques tel que : la formation à l'usage des PISU ou encore la formation « Transport Sanitaire Héliporté » (TSH).

## 2. IDE et formation liée à l'urgence

### 1. Règlementation

La profession IDE est régie par les dispositions du CSP, depuis le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. Dans des situations d'urgences, il y a recours à certains articles du CSP, à savoir l'article R4312-6, l'article R4311-14, l'article R4312-26, l'article R4312-2 et enfin l'article L1110-5.

### 2. Formation

Concernant la formation liée à l'urgence, l'IDE doit posséder l'AFGSU (depuis 2008 les formations initiales aux professions de santé intègrent la validation de l'AFGSU niveau 2, circulaire DHOS/P1 n°2007-453 du 31/12/2007) et l'UE 4.3 soins d'urgence. Donc toutes les IDE obtenant le DEI ont acquis le même niveau de formation initiale concernant l'urgence.

# V. Cadre conceptuel

Afin de pouvoir traiter la phase exploratoire, nous allons définir les concepts en lien avec les mots-clés de notre question de départ. Ceux-ci sont souvent utilisés dans le langage commun, mais quels sens prennent-ils réellement ? Quels liens ont-ils avec la profession IDE ? Nous commencerons par le concept de « compétence » car il s'agit du concept central de ce mémoire.

## 1. Compétence

La compétence fait l'objet de plusieurs définitions et pratiques variées. Elle est abordée sous différents angles et dans différents champs disciplinaires. J'ai choisi de retenir deux définitions parmi toutes celles proposées.

J'ai retenu tout d'abord celle de Mr. LE BOTERF. Il définit, en 2007, la compétence comme une « mobilisation dans l'action de savoirs combinés (cognitif, réflexif, procédural, psychoaffectif, social) dans une situation ou une famille de situations ». Il ajoute que l'une des caractéristiques essentielles de la compétence consiste à choisir et à combiner des ressources (les savoirs, les savoir-faire, les aptitudes ou qualités, les ressources physiologiques et les ressources émotionnelles) par rapport à des objectifs à atteindre.

Il distingue également 2 grands types de savoirs le « savoir agir » et le « savoir combiner ».Un « savoir agir » est une combinaison de plusieurs savoirs-faire. Il le définit comme le fait d'être « capable d'agir de façon efficace dans des situations où il (l'employé) ne dispose pas de toutes les informations nécessaires ». Mr LE BOTERF Guy distingue en fonction du contexte d'organisation du travail, le « savoir-faire en situation » du « savoir agir en situation ». L'un repose sur l'application stricte d'une consigne ou d'une opération alors que l'autre demande une réflexion afin de « savoir quoi faire », ce qui entraine une prise d'initiatives.

Enfin, il considère que la compétence d'un professionnel se mesure lorsque ce dernier est capable de gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Il doit alors « savoir agir » mais également mobiliser et combiner plusieurs ressources, c'est ce que Mr LE BORTEF nomme le « savoir combiner ». En effet lorsqu'un problème apparait à l'employé, celui-ci doit sélectionner et mobiliser des ressources (tel que les connaissances, les capacités, les attitudes…) puis les organiser. Il doit construire une « combinatoire » particulière. Pour expliquer ce savoir combinatoire, Mr LE BOTERF donne l'exemple d'une prise en charge d'un patient pour des soins curatifs. L'IDE doit combiner des connaissances scientifiques (anatomies, pharmacologie…) avec des connaissances sur le malade (histoire de vie, histoire de la maladie...), les mettre en lien avec des « savoirs faires » méthodologiques (raisonnement clinique) et techniques (perfusions, pansements) non sans oublier de rester à l'écoute du patient.

Nous pouvons alors résumer la définition par la phrase suivante : « La compétence est donc une « combinatoire » de ressources variées pouvant être mises en œuvre. »

Mr LE BORTEF distingue la compétence requise (celle figurant dans les référentiels de compétences) de la compétence réelle (celle construite par chaque personne).Néanmoins les deux sont indissociables puisque la compétence requise permet aux individus d'avoir des points de repères afin de pouvoir constituer leurs propres compétences.

A travers cette définition, on constate que le concept de compétence possède une double dimension : individuelle et collective. En effet, pour agir avec compétence l'individu doit mobiliser ses ressources (savoir-faire, connaissances…) mais également les ressources de son environnement (collègue, procédures, protocoles, ressources documentaires…) Mr LE BOTERF précise qu' « agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui »

Pour finir, Guy LE BORTEF met en lien le fait d'être compétent et autonome. En effet, être compétent signifie qu'il faut comprendre le pourquoi de nos actions, mobiliser les bonnes ressources (individuelles et / ou collectives) et réinvestir ses compétences dans des contextes différents.

La deuxième définition que nous retiendrons est celle de WITTORSKI. Pour lui, « finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommé/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certains nombres de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation. ». Il définit le savoir comme « un énoncé communicable socialement validé. Il s'agit d'un énoncé descriptif ou explicatif d'une réalité, établie et reconnu par et dans une communauté scientifique et culturelle donné à une époque donnée. »

Une compétence est composée de 6 savoirs principaux, les savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter), les savoirs procéduraux (savoir comment procéder, techniques, méthodes), les savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer), les savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire), les savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire), les savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre). Cette notion de compétence se situe à l'intersection de 3 champs : le champ du parcours de socialisation, le champ de l'expérience professionnelle, le champ de la formation. La compétence se trouve alors contextualisée, spécifique et contingente. La compétence est produite en fonction des caractéristiques de la situation mais aussi de la représentation que s'en fait l'acteur.

La compétence est la combinaison de 5 composantes. La première est la composante cognitive qui est constituée des représentations cognitives (savoirs, connaissances acquises par la formation) et de la représentation que l'acteur se fait de la situation dans laquelle il se trouve (c'est à dire l'image qu'il se fait du contexte et de l'environnement). La deuxième composante est la composante culturelle c'est à dire la façon dont la culture de l'organisation dans laquelle se situe l'individu va imprégner certaines formes aux compétences produites. La troisième composante est la composante affective qui est constituée de l'image de soi (valorisée ou dévalorisée), de l'investissement affectif de l'action (plaisir ou souffrance), et de l'engagement (la motivation). L'avant dernière composante est la composante sociale qui est constituée de la reconnaissance effective par l'environnement immédiat et le pari que l'individu/groupe fait sur la reconnaissance à venir par l'environnement ou l'organisation de sa pratique. Enfin la dernière composante est celle de la praxéologique, c'est-à-dire l'aspect visible de la compétence c'est à dire la pratique dont le produit fait l'objet d'une évaluation sociale. Ces composantes s'articulent autour de 3 niveaux, à savoir au niveau de l'individu ou du groupe/auteur de la compétence (appelé aussi niveau macro), au niveau de l'environnement social immédiat et enfin au niveau de l'organisation dans lequel sont insérés les individus.

Pour WITTORSKI, il existe 5 voies de développement des compétences. La 1ère voie correspond au modèle de la formation sur le tas, c'est-à-dire la production par tâtonnement et essais/erreur. On appelle cela l'apprentissage par l'action. La 2ème voie renvoie au schéma de la formation alterné. La 3ème voie correspond aux situations d'analyses de pratiques mises en œuvre en entreprises ou en organisme de formation. On appelle cela l'apprentissage réflexif après coup. La 4ème voie correspond aux situations de définitions anticipée de nouvelles pratiques par des salaires (groupes de travail). On parle souvent d'ingénierie (concevoir des transpositions de la situation professionnelle de référence sous forme de simulation ou d'étude de cas). La 5ème voie correspond à l'intégration des savoirs théoriques de la formation en connaissances et ces dernières alimentent des capacités qui prendront la forme des compétences. Les 5 voies de développement des compétences mettent en évidence que, selon l'individu, différentes habitudes d'apprentissage sont mises en place. Par conséquent l'individu possède une façon particulière de produire ses compétences. Enfin la question du transfert se pose puisque si l'on considère que la compétence est toujours une production inédite dans une situation particulière alors comment la réutiliser ?

Un des caractères de la compétence est le rapport à la conscience. Il existe des compétences incorporées et des compétences explicitées. Le développement d'une compétence se fait selon un double mouvement. Il se construit d'abord dans l'action de façon non consciente, le mouvement de construction de la compétence se fait de la non conscience initiale à la prise conscience. Ceux sont les « compétences incorporées ». Il existe le mouvement inverse : de la conscience à la non conscience. C'est-à-dire qu'une fois la compétence mise en place, elle a tendance à s'automatiser. Ce mouvement d'automatisation des compétences permet de déplacer la vigilance du sujet vers des niveaux supérieurs de l'activité. Les compétences se transforment en permanence, sous le coup des événements qui obligent les acteurs à les reconfigurer souvent.

Ces définitions de la compétence font émerger plusieurs notions qui vont être définies par la suite : le concept d'apprentissage, d'expérience et de « transférabilité » (capacité à mobiliser un semble de ressources acquises, quel que soit la situation, et en adaptant ses ressources à la situation).

## 2. Apprentissage

Comme vu dans la notion de compétence, il y a plusieurs façons d'apprendre et selon la technique utilisée, le résultat n'est pas le même. Mais que signifie « apprendre » ?

Selon la définition de DE KETELE (1989) l'apprentissage est un processus systématiquement orienté vers l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir (autrement dit vers l'acquisition des compétences).

KOLB définit l'apprentissage comme à la fois l'acquisition de techniques et de modèles mais également comme le fait de développer, en situation, ses propres modèles, afin de gérer les changements rencontrés. C'est ce que MEIRIEU confirme dans l'expression « On n'apprend rien que l'on n'a pas soi-même redécouvert et reconstruit ».

MASLOW A. décrit 4 quatre étapes de l'apprentissage. La première étape est l'incompétent inconscient, la personne n'a pas les compétences et n'a pas conscience de son manque de compétence. A cette étape il y a donc insuffisance de savoir ou d'expérience pour comprendre ou mettre en œuvre un principe d'action, utiliser une compétence. La personne ignore qu'elle n'a pas la capacité à comprendre et à exécuter. La deuxième étape est le conscient

incompétent, la personne prend conscience de son manque de compétence. A cette étape, la personne possède assez de savoir et/ou d'expérience pour réaliser qu'elle n'est pas capable de comprendre ou d'appliquer une règle ou à utiliser une aptitude. La troisième étape est le conscient compétent, la personne s'engage dans le processus conscient d'acquisition de la compétence manquante. La personne a atteint le seuil de savoir suffisant pour comprendre et communiquer sur un principe d'action. Cependant l'expérience reste insuffisante pour réaliser de façon efficace. La dernière étape est l'inconscient compétent. La personne atteint un stade où la compétence est complètement installée et ne nécessite plus d'accompagnement. La personne a atteint un seuil d'expérience suffisant pour appliquer un principe d'action, utiliser une aptitude.

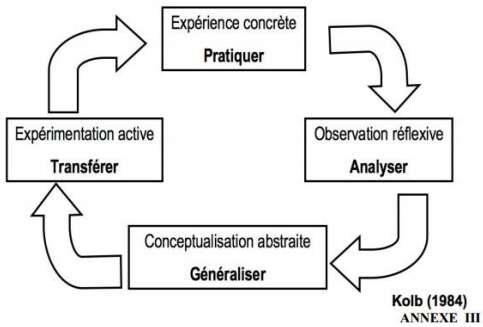
En pédagogie, l'apprentissage définit à la fois la période durant laquelle un savoir-faire s'acquiert mais également le processus par lequel s'acquiert ce nouveau savoir (on parle de conceptions de l'apprentissage). Il y a l'apprentissage par problème, c'est à dire résoudre un problème, à partir d'une situation de soin infirmier, permet de découvrir des concepts afin de rattacher ces derniers au raisonnement clinique.Il prend en compte les objectifs qui correpsondent à un énoncé de comportements observables et qui peuvent être atteints sans participation de l'apprenant L'apprentissage vicariant qui est fondé sur l'observatation des autres puis reconstruction des traits les plus pertinents observés et examinés. Cet apprentissage est basé sur l'appréhension de l'environnement et sur l'élaboration personnelle de la réponse, implique une particpiation active du sujet.

Ces conceptions d'apprentissage sont renforcés par un mode d'apprentissage. Kolb a identifié, à partir des divers conceptions d'apprentissage, quatre modes d'apprentissage. Il y a le « style accommodateur ». Ici, l'individu résoud les problèmes par essais/erreurs et apprend donc par «manipulation».Dans le « style divergent », le caractère principal de l'individu est l'observation. Il peut examiner des problèmes sous différents angles. Au contraire, le « style assimilateur » est plus en adéquation avec les théories. Il réogranise logiquement des informations disparates. Enfin le « style convergent » est un mélange des 3 premiers puisque l'individu est capable de mettre en pratique des idées et des théories, à résoudre des problèmes et à prendre des décisions.

Ces processus et conceptions d'apprentissage reprennent ce que WITTORSKI définit dans ces voies de développement de la compétence.D'après Stehno (1986), « apprendre c'est

réfléchir sur l'expérience ». C'est ce que Kolb décrit dans son cycle d'apprentissage expérentiel.

**Cycle d'apprentissage expérientiel selon David KOLB**




Kolb (1984)
ANNEXE III

Il décrit l'expérience concrète comme le fait d'être impliqué dans une nouvelle expérience. L'observation réfléchie permet de développer des observations sur sa propre expérience ou celle des autres. Le résumé « conceptualisation » est la création de théories pour expliquer les observations. Enfin l'expérimentation active est la résolution des problèmes avec l'aide des théories et de la prise de décision.

## 3. Expérience

Comme vu précédemment, il existe une relation entre les compétences, l'apprentissage et l'expérience. En effet, l'expérience est une forme d'apprentissage qui va lui-même entrainer l'acquisition ou l'approfondissement des compétences. Comment définir l'expérience, à quoi correspond-elle ? De quelle expérience parle-t-on ? Cette notion reste difficile à définir je vais donc tenter d'en donner une vision assez globale.

On sait que l'expérience est interrogée depuis des siècles en philosophie. Au 18ème siècle, Kant, la définit comme « l'ensemble du processus de synthèse grâce auquel le sujet (…) unifie les données sensibles, les transformant ensuite en objet possible pour la connaissance ».

Un auteur plus proche de nous et qui a beaucoup travaillé sur cette notion est DEWEY John. Il définit l'expérience tout d'abord comme « toute situation dans laquelle l'individu entre en interaction avec son environnement ». C'est-à-dire, pour lui, l'ensemble constitué par l'action et ses conséquences. Le fait de considérer les conséquences des actions permet de tirer des enseignements. Il n'y a pas, selon Dewey, une expérience, mais des expériences. DEWEY

décrit le fait d'avoir de l'expérience, comme le fait d'avoir vécu celle-ci. C'est-à-dire souffrir et subir les conséquences de ce qu'on a fait. « C'est ce rapport entre faire, souffrir et subir qui forme l'expérience ». On comprend donc que l'expérience est propre à chacun et que l'on ne peut pas posséder de l'expérience simplement parce qu'on a observé des situations.

L'expérience apparait alors comme un enseignement tiré du passé qui pose les bases d'une démarche critique.

Néanmoins, il souligne que l'expérience ne livre jamais une connaissance exhaustive et définitive de la réalité, elle adopte un point de vue particulier en délaissant des traits jugés non pertinents. L'expérience est alors incomplète. Cette incomplétude se justifie pour lui par le fait que seulement certaines phases de l'expérience sont susceptibles de servir à l'individu. Pour Dewey « chaque expérience tient ainsi la connaissance et le monde-objet en suspens, à l'intérieur d'elle-même, quel que soit l'étendue de ce dernier ». L''expérience n'est alors ni idéale, ni absolue, ni exhaustive.

Il distingue l'expérience humaine de l'expérience scientifique, l'une apparait comme courante alors que l'autre apparait comme savante. L'expérience scientifique repose sur des protocoles alors que l'expérience humaine repose sur les « dires » de chacun. Elles restent complémentaires l'une de l'autre. Dewey dit également « la distinction dans l'expérience entre la portion de connaissance, en tant que telle, et son propre contexte au sein de l'expérience, en tant qu'il est extérieur à la procédure cognitive, est une distinction réflexive, analytique-elle-même réelle dans ses contenus et fonction d'expérience. » C'est-à-dire qu'il faut pouvoir analyser son expérience afin de pouvoir distinguer les connaissances déjà acquises des nouvelles à acquérir.

L'approche en sociologie de l'expérience est différente. Elle définit l'expérience comme « le rapport dynamique et réflexif que le sujet entretient avec son environnement social. » Cela induit le fait qu'à travers son expérience, le sujet construit sa propre identité. On constate alors que le vécu, le ressenti et l'émotion participent au processus expérientiel.

Selon MONTESINOS, trois facteurs du vécu influencent le développement de l'expérience : la durée de l'expérience, les milieux d'expérience, la diversité d'expérience.

Cette définition nous démontre que l'expérience amène à effectuer des transferts entre les situations, afin de développer nos compétences. On pratique ce transfert avant même d'être

IDE puisque en tant qu'ESI, on doit transférer des connaissances appris sur un terrain de stage particulier ou à l'IFSI sur un autre terrain.

## 4. Transfert

### 1. Définition

Le transfert se définit souvent comme le fait de transmettre quelque chose à quelqu'un en observant les formalités requises. Mais qu'est-ce que le transfert de compétences, depuis quand est-il utilisé ?

Le transfert est un concept majeur de Sigmund Freud qu'il a commencé à aborder au cours de son travail avec Joseph Breuer. Le transfert est, d'abord et avant tout, un phénomène humain qui s'éprouve à des degrés variables dans toutes les relations entre individus. Dans sa « *Traumdeutung* » (« l'interprétation des rêves »), en 1900, Freud situe d'emblée le transfert comme un déplacement des représentations inconscientes. Le transfert se définit chez Lacan surtout comme un déplacement de signifiants : « dans la cure le patient y apporte ses mots, et … ses maux ! ».

Dans le cadre de mon mémoire, c'est le transfert de compétences et de connaissances qui m'intéresse plus particulièrement.

### 2. Connaissances

WITTORSKI définit la connaissance comme le processus d'intériorisation individuel ou collectif de savoirs. Pour Gaston MIALARET, il y a plusieurs types de connaissances : « les connaissances de base indispensables à toute acquisition ultérieure, les connaissances fonctionnelles qui permettent les transferts et les applications, les connaissances, qui à un moment donnée de l'apprentissage, jouent un rôle indispensable et temporaire (…). Pour les connaissances qui apportent au sujet le plaisir de connaitre (…), nous parlerions (..) de connaissances gratuites ».

### 3. Définition transfert de compétences

Le transfert de compétences est l'activité mentale inconsciente par laquelle un savoir appris dans un domaine est utilisé dans un autre. Le transfert passe par un travail mental qui suppose, que le sujet confronté à une situation nouvelle possède des ressources à investir dans la

compréhension et la maîtrise de la situation ou/et possède la capacité de retrouver, de sélectionner, d'intégrer et d'orchestrer les ressources cognitives dont il dispose, ce que Le BOTERF (1994) appelle un *savoir-mobiliser*, constitutif d'une véritable compétence.

Au vue des définitions de la compétence et des connaissances, nous pouvons donc considérer que le transfert de compétences ou de connaissances s'utilise indifféremment.

Selon MEIRIEU, le transfert de connaissances « s'interroge sur les conditions qui permettent à un sujet de réutiliser des connaissances acquises dans une situation pédagogique, ailleurs et à sa propre initiative ».

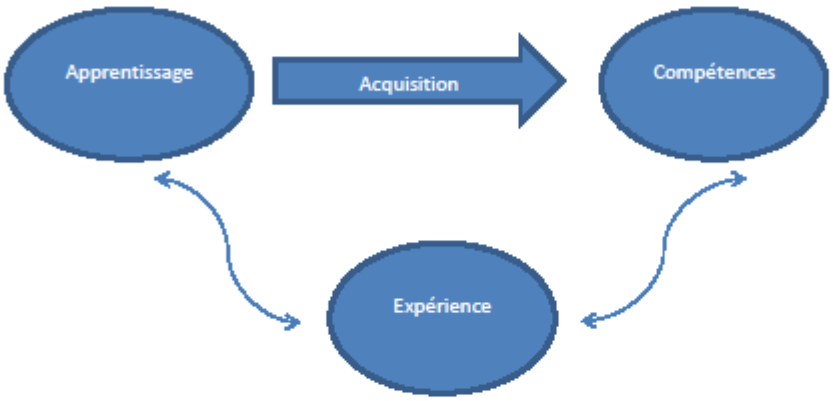
Il détaille trois niveaux du transfert de connaissances. Le premier renvoie à « la possibilité d'utiliser une connaissance, une compétence, une expertise d'une situation à une autre, quand le sujet a repéré que la structure du problème à résoudre était identique. » C'est-à-dire utiliser une compétence lorsqu'il y a un isomorphisme de situation. A un deuxième niveau, il renvoie à la possibilité de faire des transitions entre « des disciplines, entre la « formation » et la « situation de travail » et de reconstruire de nouveaux schèmes d'action en s'appuyant, tout à la fois, sur des connaissances et compétences acquises et sur l'intelligence des contraintes nouvelles auxquelles on doit faire face. » A un troisième niveau, il renvoie à la possibilité même d'intégrer des connaissances « mortes » dans une dynamique personnelle et à se constituer comme sujet de ses propres actes : cette perspective peut être comprise comme interrogeant le rapport entre la culture transmise et l'identité personnelle construite, le transfert étant l'opération par laquelle une culture devient constitutive d'une « personne ».

En éducation, PRESSEAU définit le transfert comme un « processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont reprises dans un autre, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences ou pour accomplir de nouvelles tâches », c'est-à-dire l'application d'une solution connue à une situation que l'on a jamais rencontrée. D'après les théories de l'information, un élément déterminant du transfert serait l'aptitude du sujet à reconnaitre un certain isomorphisme de structure entre deux situations. La question du transfert des connaissances consiste à s'interroger sur les conditions de cette aptitude. Elle est donc liée à toute interrogation sur l'efficacité d'une situation d'apprentissage.

De façon générale, ces définitions mettent l'accent sur le caractère formel des connaissances et du transfert.

A travers notre cadre conceptuel, je constate que les concepts sont en interactions les uns avec les autres. En effet, pour être compétent il faut être passé par l'apprentissage des connaissances qui seront confronté aux expériences. La mise en lien de l'expérience et de la compétence est effectuée à travers un transfert de connaissances.

On pourrait alors résumer le lien entre ces concepts par le schéma suivant




Par conséquent ma question de recherche est la suivante : **En quoi les compétences acquises dans un contexte ISP sont-elles transférables dans la pratique IDE ?**

# VI. Enquête exploratoire

## 1. L'outil d'enquête

J'ai choisi « l'entretien semi-directif » comme outil d'enquête, pour les motifs suivants : laisser au maximum « la parole » aux professionnels interrogés, cela permet de recueillir avec une plus grande précision des informations et d'exprimer pour les personnes interrogées leurs « priorités » à travers l'ordre des réponses, d'obtenir des réponses qualitatives. Néanmoins, l'entretien semi-directif permet la libre parole de l'interrogé en restant dans le cadre des objectifs de l'entretien.

J'ai choisi, au cours des entretiens d'utiliser un enregistreur audio. Cela m'a permis de ne pas me concentrer sur la prise de note mais sur ce que me narrait l'interviewé. Ces entretiens seront retranscris tel que la personne l'aura exprimé, les fautes de français ne seront donc pas corrigées. Lors de l'entretien, ma grille reste à proximité afin de pouvoir être sûr que j'ai toutes les informations nécessaires et de noter au besoin des éclaircissements à postériori qui peuvent être utiles lors des prochains entretiens. Elle sera retranscrite vierge en annexe.

## 2. La population ciblée

J'ai décidé de ne cibler qu'une seule population : les ISPV. J'ai retenu ce choix car il s'agit de la population qualifiée correspondant au domaine et le thème de mon TFE. Ils ont une double activité avec une activité « plus conventionnelle » en parallèle (les ISPV travaillent en établissement de soins ou en tant que « libéral ») et il existe probablement une interaction entre ces deux pratiques (contrairement aux ISPP qui n'exercent qu'en milieu sapeur-pompier).

J'ai choisi d'interroger deux femmes et un homme pour avoir une diversité de réponses car le ressenti n'est pas le même.

## 3. Les lieux d'enquête

Je prospecterai dans les SSSM de plusieurs départements (à savoir dans le 77, 91 …) J'ai retenu les SSSM car il s'agit des seuls « sites » où l'on trouve des ISP. En fonction de la localisation des SSSM, les activités dominantes ne sont pas les même, ceux qui peut influencer les compétences et l'expérience. Néanmoins, j'ai préféré d'effectuer au maximum les entretiens en dehors des centres de secours pour éviter que l'entretien ne soit interrompu

par un départ mais également pour être plus tranquille pour discuter. Les lieux précis sont détaillés dans le contexte de l'entretien en annexe.

### 4. Les objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête sont les suivants : tester et de confronter « au terrain », les différentes caractéristiques de ma problématique et de mon cadre de référence, à savoir la notion de compétence, d'expérience, d'apprentissage et enfin la notion de transfert de compétences.

### 5. Les limites de l'enquête

Les limites de l'enquête sont les suivantes : d'une part il faut consacrer beaucoup de temps et posséder des compétences particulières pour concevoir, conduire et interpréter un entretien. D'autre part, les résultats recueillis dépendent des connaissances des personnes interrogées et de leur volonté à bien vouloir répondre. Le choix des informateurs est donc primordial.

Lors des entretiens, plusieurs facteurs comme le bruit, l'interruption par des collègues ou le retour d'intervention nous ont plus ou moins déstabilisés. Il m'est arrivé de devoir répéter ou reformuler la question car la personne interrogée avait perdu l'idée qu'il voulait apporter à l'entretien.

Enfin j'aurai souhaité pouvoir interroger un deuxième homme afin d'avoir une parité dans les entretiens et de pouvoir affirmer que le ressenti entre les hommes et les femmes sont différents. J'aurai souhaité que cet homme pratique au sein du SSSM 91, afin de pouvoir confirmer ou infirmer qu'en fonction des missions prédominantes de ces SSSM on a une influence sur les différents concepts, et notamment sur l'acquisition des compétences

## VII. Résultats et analyse

Afin de traiter notre sujet de mémoire, et donc de comparer notre cadre conceptuel aux réponses des personnes interrogées, j'ai choisi de reprendre une à une les variables des concepts et j'ai souhaité connaitre les propos des professionnels à ce sujet, et vérifier si leurs réponses sont similaires. Cette analyse s'appuie sur le tableau de catégorisation en annexe 3 dans lequel sont référencés les citations de chacune des variables de ces concepts.

Commençons par leur parcours professionnel en tant qu'IDE. Tout d'abord, toutes les personnes interrogées sont diplômées depuis 5 ans environ. On retrouve une certaine

homogénéité dans leur temps d'exercice IDE. On constate ensuite que deux personnes interrogées sur trois ont un parcours à peu près similaire c'est-à-dire avoir professé dans un service de réanimation peu après l'obtention de leur diplôme. La troisième infirmière a choisi de travailler dans un service de cancérologie.

Ensuite, concernant leur parcours en tant qu'ISPV, on constate là aussi des similitudes sur le temps d'exercice, deux personnes interrogées sur trois sont entrées chez les sapeurs-pompiers des l'obtention de leur diplôme alors que la dernière y est allée seulement après 3 ans de pratique professionnelle. Ensuite, on constate que les prédominances des missions pratiquées au sein des SSSM sont différentes, deux sur trois sont plutôt axées sur le secours à personnes alors que la dernière est axée plutôt sur la formation et le soutien opérationnel.

Ce contexte professionnel et extraprofessionnel m'a paru important à traiter car il va me permettre par la suite de savoir s'ils influent sur certains concepts selon les ISP.

En regardant le concept de compétence, on constate que certaines variables du concept sont reprises par tous les ISPV. La première est le fait qu'elle doit être contextualisée, finalisée. En effet, dans toutes les réponses on observe à plusieurs reprises des notions de différences entre l'IDE hospitalière et l'ISPV avec des termes comme « ISP ou IDE c'est différent » (IDE N°3) ou alors « Néanmoins, tu peux pas faire forcément ce que tu fais chez les ISP en service et inversement. » (IDE N°2). Mais à travers ces réponses différentes sur la forme, le fond est le même à savoir que la compétence acquise est contextualisée et finalisée, c'est-à-dire qu'elle est acquise dans le contexte sapeur-pompier et qu'elle est appliqué à des tâches relevant de l'ISP (protocole, visite médicale). Ils en reviennent alors à la définition de WITTORSKI qui dit finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommé/reconnue socialement. »

La deuxième variable reprise par tous les ISPV est la différence entre la compétence requise et la compétence réelle que définit LE BORTERF. Pour eux, ils observent une différence entre ce que l'on demande pour être diplômé et ce que l'on voit réellement. Une des infirmières utilise les termes « ça m'a permis de me remettre à niveau même si je sortais de l'école y a pas si longtemps, y a des petites choses que tu as oublié » (IDE N°2). Néanmoins, cette différence est relative puisqu'ils font allusions à la fois à de l'observation clinique mais également souvent à des situations en lien avec l'urgence comme l'indique l'une des

infirmières tel que je la cite « Ça m'a développé les réflexes d'urgences, ça j'ai pu le constater car quand j'étais en service de cancéro euh tu vois tout de suite que les nanas ne sont pas du tout au point, enfin tu sais t'es cantonner à ton service et puis bah quand ça t'arrives un truc euh ba tu sais pas quoi faire. » IDE N°1

La compétence est également pour tous les professionnels interrogés en lien avec l'autonomie puisque plusieurs termes sont récurrents. Il y a « tu es seul », « pouvoir gérer » ou encore « savoir que déléguer », donc pour eux, être compétent signifie que l'on doit pouvoir effectuer seul cette compétence. Cette notion de lien entre être compétent et l'autonomie fait partie intégrante de la notion de compétence selon LE BOTERF.

Sur les compétences acquises en tant qu'ISP, on constate qu'elles sont influencées par les activités prédominantes au sein de leur SSSM. Pour ceux pratiquant plutôt du SAP, les IDE acquièrent de l'adaptabilité, des compétences relationnelles (mot utilisé à plusieurs reprises). Malgré ce point commun, les IDE d'un même SSSM développent des compétences individuelles comme de la sérénité pour l'une des ISP interrogées ou des compétences cognitives (connaissances théoriques sur pharmacologie ou milieu sapeur-pompiers) pour l'autre. Alors que pour l'ISP pratiquant plutôt de la formation, il acquière des compétences de commandement, des compétences pédagogiques. Cela donne alors des profils d'IDE différents. On peut donc dire qu'à travers l'acquisition de compétences variées, il apparait que la compétence est à la fois individuelle et collective puisque dans un même SSSM ou en comparant des SSSM différents on retrouve des compétences communes et des compétences individuelles. C'est la double dimension mentionnée par LE BOTERF. Elle apparait également lorsqu'ils utilisent à la fois leurs ressources (qu'ils ont cité précédemment) mais également les outils opérationnels à leur disposition tel que les protocoles (« tu as des protocoles au niveau des SP » IDE N°1)

À propos des composantes de la compétence, on constate qu'un seul ISPV sur trois l'évoque. Néanmoins, il n'évoque qu'une seule des composantes, en l'occurrence celle de la composante cognitive (à savoir « les connaissances »). Contrairement à WITTORSKI qui définit, lui, cinq composantes : composante cognitive composante culturelle, composante affective, composante sociale, composante praxéologique. Or certaines de ces composantes sont abordées lors de leur parcours extraprofessionnel. En effet, la composante sociale et / ou composante praxéologique est abordée lorsque elle parle d'évaluation pour passer sur une autre formation ou à la fin des doublures. Mais les ISP ne les évoquent pas à nouveau lors de

la question des compétences. Pourtant deux ISPV sur trois évoquent le niveau des composantes, une ISPV rappelle au niveau de l'environnement immédiat avec la citation « Au niveau des mecs et du contact » (IDE N°1) alors que l'autre invoque le niveau macro avec la vérification de « la mise en place des gestes d'urgences »(IDEN°3).

De plus, lors des entretiens certaines notions de la compétence ne sont pas évoquées comme le fait que la compétence est composées de plusieurs savoirs (décrit à la fois par la définition de Guy LE BOTERF et celle de WITTORSKI) ou alors que l'un des caractères de la compétence est un rapport à la conscience.

A travers ces entretiens, on constate que les IDE reprennent en grande partie ce qui définit et construit la notion de compétence. Néanmoins certains points n'ont jamais été abordés. On peut alors résumer la compétence pour les ISP comme le fait qu'elle est en lien avec un contexte et l'autonomie, qu'elle est finalisée et que l'on observe une différence entre la compétence requise et la compétence réelle.

Si l'on reprend le concept d'apprentissage expérientiel, on remarque qu'aucun ISPV n'a fait allusion à l'apprentissage et qu'au contraire l'expérience est bien argumentée.

Parmi toutes les variables du concept de l'expérience, on constate qu'une seule est reprise par tous les ISPV. L'expérience apparait utile uniquement que si elle est analysée. Une ISPV utilise les termes « Après l'hôpital ça reste différents des SP et l'un complète l'autre. » ou encore « Et puis tu te sers de ce que t'as vécu » Cette analyse selon DEWEY permet de distinguer les connaissances déjà acquises de celles à acquérir.

Ensuite certaines variables sont reprises par deux ISPV sur trois. Tout d'abord pour les deux ISPV pratiquant le SAP, l'enseignement tiré du passé a complété leur expérience. Ainsi l'une d'elles narre une anecdote dans laquelle un oubli de matériel lui a valu de revenir, désormais elle vérifie systématiquement son matériel « Et puis tu te sers de ce que t'as vécu. Tu vois tu te rappelles quand jte disais vérifies ton matos que moi j'avais oublié la morphine et que j'ai du revenir ou de vérifier tes piles car jme suis déjà retrouvée en galère. (anecdote racontée lors de la préparation du véhicule durant mon stage) Et ba quand jsuis à l'hôpital je vérifie mon matériel et je vois comment il marche . » l'autre ISPV utilise les termes « Et là tu les vois peut être un peu plus car tu les vois en inter. Ça sert toujours. » Ceux sont les mêmes ISPV qui considèrent que l'expérience est influencée par l'environnement physique et social. Elles

utilisent les termes « Les filles sont cantonnées à leur service » ou encore « Donc y a une relation de confiance qui s'instaure alors que sur chaque inter' tu tombes sur des collègues différents mais tu dois bosser avec. Donc tu t'adaptes. » A travers leurs propos, elles utilisent ce que DEWEY définit dans « la réalité comme expérience »

Deux ISPV sur trois considèrent que l'expérience est un point de vue particulier, l'un utilise les termes « ISP ou IDE c'est différent » (IDE N°3) l'autre utilise « Ba écoute, cette question c'est drôle enfin car récemment on m'a dit ça se voyait que je suis ISP car je donnais beaucoup d'ordres (rigole) alors que je trouve pas. » (IDE N°1). Effectivement, c'est ce que DEWEY exprime dans la « réalité comme expérience ».Il souligne que l'expérience ne livre jamais une connaissance exhaustive et définitive de la réalité, elle adopte un point de vue particulier en délaissant des traits jugés non pertinents. Dans les propos des personnes interrogées, on observe qu'ils laissent une partie de la réalité. Elles ignorent volontairement la partie qu'elles considèrent comme la plus péjorative pour elles.

Enfin, une ISPV parle de l'expérience comme d'une interaction avec son environnement. Elle dit « tu as beaucoup d'imprévu car tu es suspendu à ton bip donc tu dois d'adapté. ». (IDE N°1) C'est son environnement qui va influé son planning.

Néanmoins, aucun des ISPV ne nous dit explicitement que l'expérience peut être influencée par certains facteurs, comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel. Cependant, à travers tous ces entretiens, on constate que les expériences sont variées et cela s'explique à la fois par l'influence du milieu des expériences, c'est-à-dire des SSM différents avec des missions différentes et à la fois par l'étendue de leur expérience. En effet, certains possèdent cinq années d'expérience ISPV tandis qu'une autre se repose sur deux années d'expérience. Ces différences peuvent expliquer à la fois certaines diversités dans les autres concepts et la vision qu'ils en ont.

A travers ces entretiens, on a pu constater que la partie apprentissage n'est nullement évoquée. On peut supposer que ce concept n'est pas évoqué car il n'apparait pas comme concept central de mon mémoire pour les ISP, ou alors qu'il n'est pas évoqué comme tel dans les diverses questions. On peut également préjuger que les ISP ne considèrent pas le retour de leur s'expérience comme un apprentissage.

Concernant l'expérience, elle est principalement vue comme un enseignement tiré du passé et elle est utile que si elle est analysée. Cette expérience est influencée par l'environnement et

elle aborde un point de vue particulier. Néanmoins, malgré le fait qu'il n'exprime aucune notion du concept d'apprentissage en tant que tel, on constate qu'ils ont tous appris car comme dit Stehno (1986), « apprendre c'est réfléchir sur l'expérience »

Le dernier concept abordé dans ce mémoire est le transfert de compétence. Tout d'abord pour tous les ISP interrogés afin d'effectuer du transfert de compétences, il faut déjà reconnaitre un isomorphisme dans la situation. En effet, afin de pouvoir utiliser les compétences acquises plus tôt, il faut savoir à quel moment les utiliser et être sûr qu'il s'agit de la même situation. Une des ISP prend l'exemple de l'application d'un protocole. Elle sait reconnaitre un malaise et dit « Parce que mine de rien aussi tu as des protocoles au niveau des SP et qui t'aides en dehors Par exemple, une prise de malaise, t'as un Glasgow, PLS ou lors de trouble de la conscience de la glycémie. » (IDE N°1) un autre utilise la façon d'encadrer. C'est que PRESSEAU définit dans son transfert de connaissances.

Concernant l'activité mentale inconsciente, deux ISP sur trois s'en rendent compte une fois que l'on pose la question sur le transfert de compétences. L'un des ISP utilise l'expression « Jme suis pas trop rendu compte de ça. » (IDE N°3) L'autre utilise l'expression « Mais c'est vrai, que maintenant que tu me poses la question, c'est vrai que je me rendais pas compte que j'utilisai beaucoup de ce que j'avais appris chez les pompiers. °1) On constate alors que pour eux, réfléchir sur ce transfert de compétences est quelque chose de nouveau mais surtout que le transfert de compétence est bien une activité mentale inconsciente puisqu'elle se fait naturellement. Ce phénomène devient conscient que lorsque l'on s'interroge sur sa pratique et les liens entre leur exercice quotidien et leur passion.

Tous les ISP évoquent un changement vis-à-vis de leur raisonnement et jugement clinique. Certains évoquent directement ce changement avec des phrases comme « je réfléchis autrement » (IDE N°3). Pour d'autre, cela apparait plus implicitement avec des phrases telles que « Et puis tu vois le jugement clinique c'est ce que je disais tout à l'heure, tu vois des choses qu'au départ tu voyais pas » (IDE N°2) ou « Donc forcément au niveau du raisonnement tu dois plus réfléchir et tu gardes cette réflexion dans ta pratique hospitalière. » (IDE N°1).

Les deux IDE pratiquant au sein du SSSM 77 ont vu leur organisation de travail se modifier. Elle s'organise plus rapidement mais également s'adapte plus vite. Est-ce que cette

modification est liée au faite qu'elles pratiquent toutes deux dans un SSSM avec comme activité prédominante le SAP ? Deux ISPV évoquent également une modification au niveau de leur travail en collaboration. En effet, pour l'une il faut travailler avec tout le monde alors qu'à l'hôpital on peut plus ou moins choisir, pour l'autre ISP, il mène plus un rôle de leader.

Pour deux ISP, le transfert de compétences c'est posséder les ressources afin de pourvoir orchestrer les bonnes compétences. L'une le traduit par « C'est ce qui m'a permis d'être une IDE complémentaire. Jme sers de ce que j'ai appris des 2 cotés mais pas à excès. » (IDE N °1) et l'autre par « as un œil critique de la situation c'est à dire toi tu aurais fait autrement tu aurais fait différemment »(IDE N°3). Ils ont le recul le nécessaire pour choisir quelle compétence utilisée. On peut supposer que ce recul est lié à leur nombre d'année en tant qu'ISP.

Enfin aucun des ISP n'évoque les niveaux du transfert de compétences. Seul une fait le lien entre l'IDE qu'elle est et le fait qu'elle est de l'expérience ISP. C'est ce que MEIRIEU définit comme son deuxième niveau, il renvoie à la possibilité de faire des transitions entre « des disciplines », entre la «formation » et la « situation de travail » et de reconstruire de nouveaux schèmes d'action en s'appuyant, tout à la fois, sur des connaissances et compétences acquises et sur l'intelligence des contraintes nouvelles auxquelles on doit faire face. »

En conclusion, on constate que le transfert de compétences s'opère inconsciemment et qu'il est fait lorsque les ISP reconnaissent un isomorphisme dans la situation. Leurs compétences acquises au sein du milieu SP ont influé leur façon de travailler que ce soit sur le jugement clinique ou le travail en collaboration

Après avoir étudié le verbal des ISP, je choisis de m'intéresser un peu au non verbal de ceux-là. Effectivement, beaucoup de choses ont été dites mais leur comportement traduit une vraie interrogation et notamment sur mon sujet de mémoire. On a pu constater beaucoup de moment de réflexion, d'expression du type « euh » qui traduisent là encore une réflexion. Certains se trouvent vraiment surpris par mes questions. Pour beaucoup, ils s'attendaient à être interroger sur un thème en lien avec l'urgence, or j'ai bien précisé que je ne cherchais pas à étudier leurs compétences en lien avec l'urgence. Ce non verbal confirme également les réponses verbales. Lorsque l'on parle d'expérience et de l'apprentissage, on remarque beaucoup de « euh », d'hésitation, de réflexion…, alors qu'au contraire la notion de compétence est développée et les ISPV sont plutôt sûrs de leurs réponses. Qu'est ce qui peut expliquer que les ISPV parlent plus facilement de la notion de compétence que celle

d'expérience ou d'apprentissage. On peut supposer que cela s'explique par le fait que les ISPV sont plus confrontés à la notion de compétences qu'aux autres.

# VIII. Conclusion

Par le biais de ce TFE, je souhaitais montrer l'influence de l'expérience ISP sur l'exercice quotidien IDE à travers la question de recherche suivante : **En quoi les compétences acquises dans un contexte ISP sont-elles transférables dans la pratique IDE?**

J'ai pu expliciter les concepts de compétence, d'expérience, d'apprentissage et de transfert de compétences. A travers ceux-ci, j'ai confirmé ma question de recherche à savoir que les IDE utilisent les compétences acquises dans le contexte SP au cours de leur pratique quotidienne. Je pense que ce double statut leur permet de concevoir d'une autre façon leur métier et d'être des personnes ressources dans la prise en charge et la formation à l'urgence. J'ai également pu vérifier qu'ils développaient à la fois des compétences en lien avec l'urgence et des compétences pédagogiques ou de conseiller.

Une des difficultés de ce travail, a été de faire sortir les professionnels de leur contexte d'urgence et d'obtenir des réponses afin de les comparer au cadre conceptuel. Une autre a été d'analyser les résultats de façon objective et de ne pas interpréter en fonction de leur gestuel, regard, expression…

Ce travail en lien direct avec mon projet professionnel, m'a beaucoup apporté aussi bien sur le plan professionnel que sur le plan personnel. L'élaboration de ce travail de fin d'étude m'a permis de remettre en question ma vision du métier, ses conceptions mais également de me positionner en tant que future professionnelle et d'amorcer ma propre identité professionnelle. Ce travail m'a permis de confirmer que ce double statut est une réelle plus-value pour l'IDE dans sa pratique dès l'instant où l'on s'appuie sur ce que l'on a appris et que l'on ne confond pas les deux statuts.

Etant moniteur de premiers de secours et m'intéressant beaucoup à la formation, j'envisage au cours de ma carrière de m'investir sur plusieurs projets : **En quoi, les compétences pédagogiques acquises en tant qu'ISP peuvent être une plus-value dans la fonction tutorale et sa qualité au quotidien ? En quoi, la combinaison des compétences technique et pédagogique de l'ISP peuvent être une plus-value pour devenir formateur AFGSU.**

# IX. Bibliographie

**Ouvrage**

CANNAC Y, (1985), *La bataille de la compétence*, Hommes et techniques, Paris, p202

DELEDALLE*, " La pédagogie de J. Dewey " - Ed. du Scarabée - page 27.*

HADJI Charles (1992), *L'évaluation des actions éducatives*, PUF, Paris, p. 145.

KANT, (1980), *« Critique de la raison pure »,* Œuvres philosophiques I, Gallimard, Bibliothèque de la pléiade, p. 757.

KAROLEWICZ F., *l'expérience, un potentiel pour apprendre,* Edition HARMATTAN, 2000, p28

MEIRIEU Ph., (1991), *Apprendre... oui, mais comment ?,* Paris, ESF éditeur, 8ème éditions. p. 181.

PAILLARD C., 2013, *dictionnaire humaaniste infirmier : approche et concepts de la telation soignant-soigné*, Setes edtion,p 22-25, P 62-67, p 72-p75 et p 122-123

**TFE**

TEA Sokeasra, 4 Septembre 2008, *L'influence du stress chez l'Infirmier Sapeur Pompier en intervention,* IFSI Rockefeller

FRADIN Jordan, 30 Avril 2013, *quand l'IDE arrive le premier » Prise en charge en autonomie de l'Infirmier Sapeur-pompier dans le contexte du pré-hospitalier*, IFSI CHU Nantes

**Ouvrage collectif (un seul auteur)**

PERRENOUD Philippe, (octobre 1995), *Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ?*, in *Pédagogie collégiale* (Québec), Vol. 9, n° 1, pp. 20-24.

**Ouvrage collectifs (plusieurs auteurs)**

DELORME C., MEYER G. et SIMONARD M.M, (1990) *L'évaluation en question*, ESF, Paris

FORMARIER M. & JOVIC L., (2009), *les concepts en sciences infirmières*, Edition Mallet Conseil

RAYNAL C., RIEUNIER A., (1997), *pédagogie : dictionnaire des concepts clés : apprentissage, formation et psychologie cognitive*, ESF éditeurs, collection pédagogie, Paris, p 139-141 , p 33-41 et p367-p369

**Chapitre dans un ouvrage collectif**

FAMOSE JP, FLEURANCE PH., TOUCHARD Y., (1992), *L'apprentissage moteur: rôle des représentations,* Editions revue EPS, p 11-21

**Textes législatifs**

Décret 2004-802 du 29 juillet relatif aux parties IV et V modifiant certains 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

**Revue**

BREYSSE Franck*, la paramédicalisation des secours, un virage difficile …*, Objectifs soins management N°216, mai 2013, p26-32

JEAN Jérôme, *portrait, sapeur pompier côté pile infirmier côté face,* La revue de l'infirmière N°150, mai 2009, p 28

LE BOTERF Guy, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?,* soins cadres N°41, février 2002, dossier : les compétences, de l'individuel au collectif

MONTESINOS André, *la compétence professionnelle de l'infirmière*, Objectif Soins N°50, Février 1997, p 12

QUARANTE Olivier, *dans l'entre-deux des secours*, L'infirmière magazine, N°258, mars 2010, p 30-32

PASTRE Pierre, *Les compétences professionnelles et leur développement*, Revue de la CFDT, p2-10

« Prise en charge de l'ACR en l'absence d'un médecin : la place de ISP », Urgence pratique n°81, mars 2007, P53- 56

Sciences humaines, février-mars 1996, Eduquer et Former n°12 p57

WITTORSKI Richard, *De la fabrication des compétences*, Education permanente N°135, février 1998, p60-68

**Document électronique**

DEWEY John , *La réalité comme expérience*, Tracés. *Revue de Sciences humaines* [En ligne], 9/2005mis en ligne le 11 février 2008 et consulté le 17 décembre 2013, disponible sur http://traces.revues.org/204

DURAND Charlaine, 16/01/2008, *Savoir être et compétences (1ère partie)*,(en ligne) consulté le 12 février 2014, disponible sur http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Savoir-etre-et-competences-1-2.html

FAYE Cheikh, LORTIE Monique, DESMARAIS Lise, *Guide sur Le transfert des connaissances, À l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail* mis en ligne en 2007, p 15 à 17, consulté le 15 février 2014 sur http://www.rrsstq.com/stock/fra/publications/P046.pdf

HULIN Annabelle, *Le tutorat : un outil d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés en entreprise*, consulté le 23 Novembre 2013 et disponible sur http://cermat.iae.univ-tours.fr/IMG/pdf/Vol_20_07-140_HULIN_1.pdf

KOLB David, *Concrete/Reflective/Abstract/Active* consulté le 15 févr. 14 et disponible sur http://web.cortland.edu/andersmd/learning/kolb.htm

MANESSE Laurence, (Janvier 2011), Autour du concept d'expérience chez Benjamin, Revue Appareil, consulté le 17 Décembre 2013 et disponible sur http://revues.mshparisnord.org/appareil/index.php?id=1172

MEIRIEU, définition du concept de transfert, consulté le 13 février 2014 sur http://www.MEIRIEU.com/DICTIONNAIRE/transfert.htm

MONSEMPES Jean-Luc, *les étapes de l'apprentissage*, consulté le 29 Janvier 2014 et disponible sur http://www.institut-repere.com/PEDAGOGIE-ET-FORMATION/institut-repere-ressources-documentaires-les-etapes-de-lapprentissage.html

M.NOTARI et R.VOISARD, *dimensions d'un dispositif de formation entièrement ou partiellement à distance,* consulté le 27 Décembre 2013 et disponible sur http://tecfaetu.unige.ch/staf/staf-h/notari/staf17/periode2/Definition_concepts.html

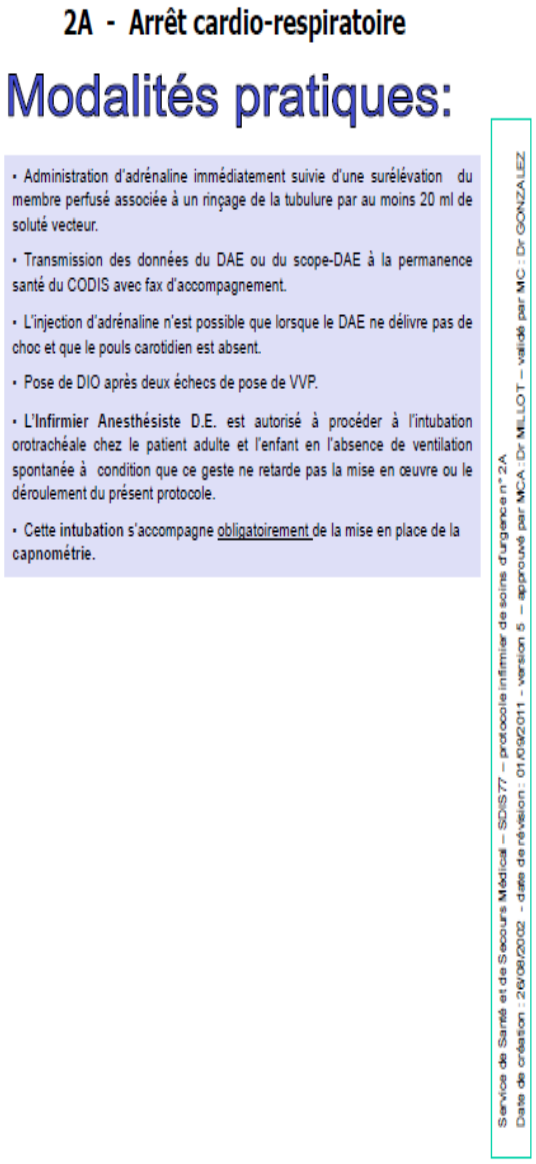
PERRENOUD Philippe, *Transférer ou mobiliser ses connaissances ? D'une métaphore l'autre : implications sociologiques et pédagogiques,* P45 à 60, consulté le 17 Décembre 2013 et mis en ligne sur http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.html

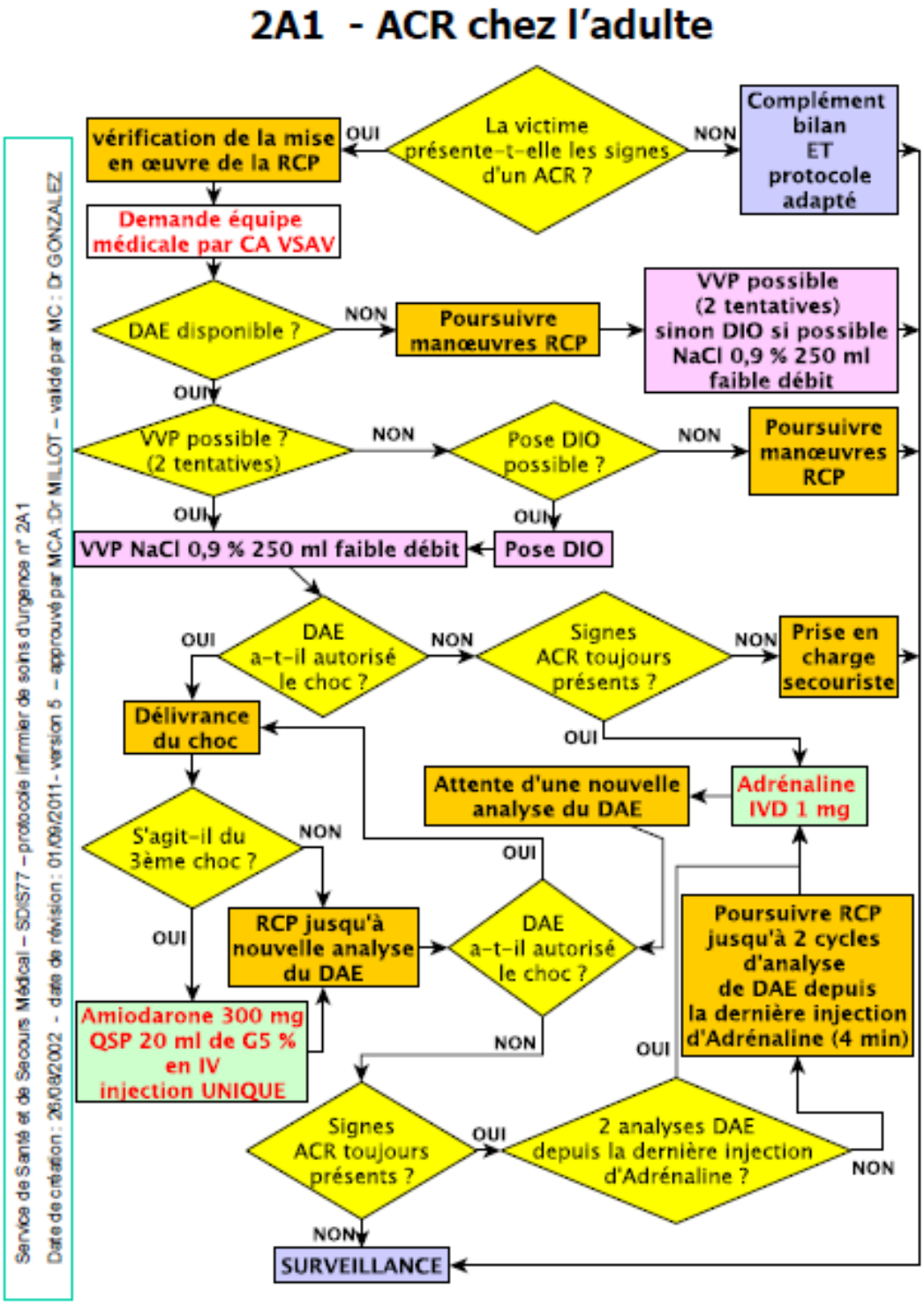
ROUZEL Joseph (28 décembre 2006), *mise au point sur deux concepts : sujet et transfert* disponible sur http://www.psychasoc.com/Textes/Mise-au-point-sur-deux-concepts-sujet-et-transfert

http://www.legifrance.fr

Collège Frontière: Manuel de Tutorat, *les styles d'apprentissage*, disponible sur http://www.frontiercollege.ca/french/ressources/APPRENT.pdf et consulté le 15 Mars 2014

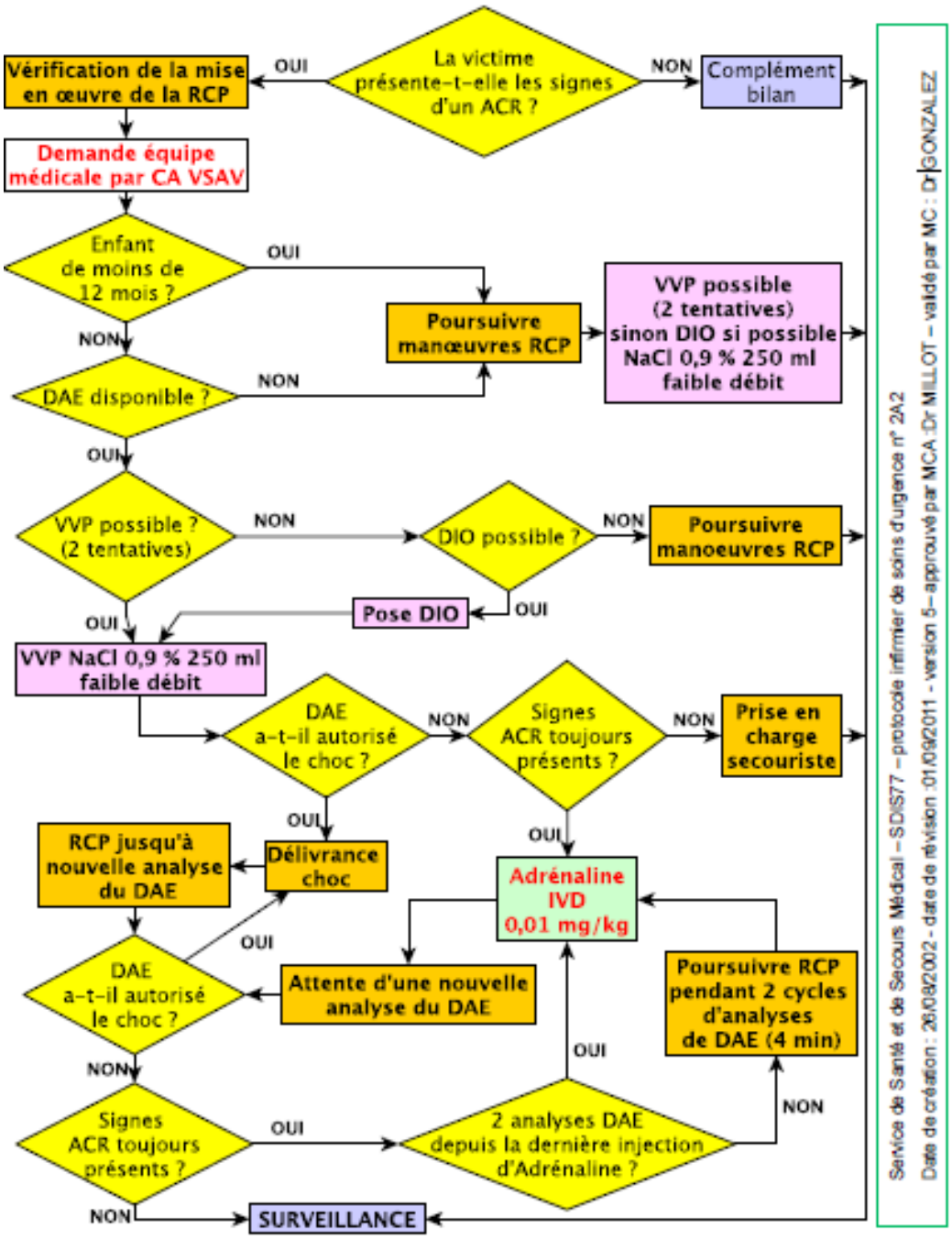
# X. ANNEXE I : PISU Arrêt Cardio-respiratoire




2A1 - ACR chez l'adulte
La victime présente-t-elle les signes d'un ACR ?
OUI
NON
vérification de la mise en œuvre de la RCP
Complément bilan ET protocole adapté
Demande équipe médicale par CA VSAV
DAE disponible ?
NON
Poursuivre manœuvres RCP
VVP possible (2 tentatives) sinon DIO si possible NaCl 0,9 % 250 ml faible débit
OUI
VVP possible ? (2 tentatives)
NON
Pose DIO possible ?
NON
Poursuivre manœuvres RCP
OUI
OUI
VVP NaCl 0,9 % 250 ml faible débit
Pose DIO
DAE a-t-il autorisé le choc ?
OUI
NON
Signes ACR toujours présents ?
NON
Prise en charge secouriste
Délivrance du choc
OUI
Attente d'une nouvelle analyse du DAE
Adrénaline IVD 1 mg
S'agit-il du 3ème choc ?
NON
OUI
RCP jusqu'à nouvelle analyse du DAE
DAE a-t-il autorisé le choc ?
OUI
Poursuivre RCP jusqu'à 2 cycles d'analyse de DAE depuis la dernière injection d'Adrénaline (4 min)
OUI
Amiodarone 300 mg QSP 20 ml de G5 % en IV injection UNIQUE
NON
Signes ACR toujours présents ?
OUI
2 analyses DAE depuis la dernière injection d'Adrénaline ?
NON
NON
SURVEILLANCE
Service de Santé et de Secours Médical – SDIS77 – protocole infirmier de soins d'urgence n° 2A1
Date de création : 26/03/2002 - date de révision : 01/09/2011- version 5 – approuvé par MCA :Dr MILLOT – validé par MC : Dr GONZALEZ

852

# 2A2 - ACR chez l'enfant < 15 ans




853

854

855

856

# XI. ANNEXE II : texte règlementaire

L'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires : L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Le décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 (R1424-24) :

Le service de santé et de secours médical exerce les missions suivantes :

1° La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;

2° L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 ;

3° Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;

4° Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;

5° La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes ;

6° La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

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

1° 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 ;

2° Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;

3° Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Article R4312-6 : l'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril

Article R4311-14 : En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.
En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R4312-26 : l'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R4312-2 : l'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine

Article L1110-5 : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. »

912 Extrait Le référentiel commun organisant le secours à personnes et l'aide médicale urgente du
913 25 juin 2008

## B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dans le souci de la sécurité des patients et de l'efficacité du système global, il convient que les conditions de déploiement, d'emploi et d'activité assurés par ces infirmiers soient définies dans le cadre d'une réponse adaptée à la nature du besoin exprimé par la victime, dans le respect du code de la santé publique et des compétences respectives des SIS et des structures de médecine d'urgence et dans le cadre du rapprochement entre le SDACR et le SROS.

Il est rappelé que tous les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont amenés à exercer leur profession auprès de différents employeurs et au sein de structures variées, dont les SIS. Les SMUR et le SSSM sont régis chacun par une réglementation spécifique, mais ils concourent tous deux à la prise en charge des victimes et patients dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Enfin en aucun cas l'activité des infirmiers ne se substitue à celle des médecins.

### 1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP

L'exercice des ISP relève des dispositions du code de la santé publique.
Lorsqu'ils sont volontaires ou professionnels auprès des SIS, leur statut est défini par le code général des collectivités territoriales (CGCT). Ainsi les infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels[20] ou volontaires[21], sont membres du SSSM du SIS[22]. Ils sont

[19] Les modalités de prise en charge financière de cette mission qui n'est pas du ressort du SIS seront développées dans le chapitre sur le financement.
[20] Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels
[21] Décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires
[22] Article R 1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

914

placés sous l'autorité du médecin chef du SIS qui dirige le SSSM, lui-même étant sous l'autorité du directeur départemental du service d'incendie et de secours (DDSIS)[23].

Les dispositions du code de la santé publique concernant la profession d'infirmier sont :
- pour l'exercice, les articles R.4311-1 et suivants ;
- pour les règles professionnelles les articles R.4312-1 et suivants.

Le statut des ISP des SIS est défini par les textes suivants :
- loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers.
- loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires modifié par le décret n°2003-1141 du 28 novembre 2003.
- décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

## 2. Les conditions générales d'emploi des ISP

Les conditions d'emploi ou d'activité des ISP relèvent du CGCT.

Compte tenu du nombre d'infirmiers volontaires des SIS exerçant leur activité professionnelle en établissement de santé, et pour garantir le bon fonctionnement de ces établissements, les activités des ISP volontaires s'inscrivent dans le droit commun des sapeurs-pompiers avec les deux principes suivants :
- priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'agent ;
- possibilité de convention entre l'employeur et le SIS.

S'agissant de trouver un équilibre entre la continuité du service public hospitalier et le volontariat, une convention doit être conclue entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les modalités de la disponibilité pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle. Elle veillera, par la concertation entre les deux structures, à rendre compatibles l'engagement citoyen des volontaires et les nécessités que requièrent la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.
Une convention cadre sera proposée au niveau national. Elle reposera notamment sur les modalités prévues par la loi du 3 mai 1996, à savoir : échange des tableaux de service et de garde, seuils d'absence, compensations financières et formation. Cette convention cadre sera déclinée au niveau local entre le SIS et les établissements de santé du département.

## 3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire

### *a) Implantation*

Afin d'optimiser le fonctionnement des services concourant à l'aide médicale urgente et dans le cadre de l'application de la circulaire « SROS-SDACR »[24], les moyens des SIS et des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR) sont identifiés et portés à la connaissance respective de ces services. Une cartographie descriptive des moyens en présence est annexée d'une part au volet «urgence» du SROS et d'autre part intégrée dans le SDACR.
Les conditions de la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR sont soumises à l'avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), en articulation avec le réseau des urgences.

### *b) Engagement des ISP dans le cadre des secours et des soins d'urgence*

Leur engagement s'inscrit dans le cadre des secours et des soins d'urgence, notamment dans les situations de départ réflexe identifiées supra.
Le CRRA peut également demander au CTA l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU.
Tout engagement d'un ISP par le CTA est immédiatement notifié au CRRA.
Dans l'intérêt du patient ou de la victime, il convient de veiller à ce que l'engagement de l'ISP ne se traduise pas par un retard de l'évacuation dès lors que celle-ci a été demandée par le médecin régulateur du CRRA en lien avec le chef d'agrès.
Le premier bilan passé au CRRA est celui du chef d'agrès du VSAV engagé. Il n'a pas à attendre l'arrivée d'un ISP si cette arrivée est décalée dans le temps.

## 4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence

Les ISP participent aux missions de secours d'urgence définies par l'article L1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986.
Ces missions s'inscrivent dans le respect des dispositions réglementaires prévues aux articles R.4311-1 et suivants du code la santé publique, qui définissent l'exercice de la profession d'infirmier. Ces règles communes ou « décret de compétences », s'appliquent quels que soient le mode et le lieu d'exercice.

### *a) L'urgence justifiant une intervention dans un cadre exceptionnel*

En ce qui concerne l'urgence, telle que définie au deuxième alinéa de l'article R.4311-14 du CSP, l'IDE peut agir en dehors de l'application d'un protocole : « En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. ».
Par opposition avec le premier alinéa du même article, cette situation concerne les situations « d'urgence inopinée », exceptionnelle et rare, pour lesquelles le pronostic vital est engagé, en l'absence de médecin et de protocole et pour lesquelles l'absence d'action conduirait au délit de non-assistance à personne en péril.
Ce type de situation n'est pas celui de l'ISP en mission.

[23] Article R.1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales
[24] Circulaire interministérielle N° DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

*b) Les missions des ISP*

Elles s'exercent sous encadrement médical, qui est le mode normal d'exercice de l'infirmier, et en application de protocoles et comprennent :

- **Les protocoles de soins d'urgence**

Ils sont prévus à l'article R.4311-14 alinéa 1 du code de la santé publique : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient ».

Les actes conservatoires sont les actes accomplis par un ISP, au bénéfice d'un patient ou d'une victime, afin de préserver sa vie, en attendant une prise en charge médicale. Dans le respect de la réglementation, l'ISP met ainsi en œuvre un protocole lorsqu'il est en présence d'une détresse vitale. Ces interventions reposent sur des protocoles exécutés dans l'attente d'un médecin et visent à effectuer des gestes ou à prodiguer des soins conservatoires, dans des situations en nombre limité et réalisés en informant la régulation médicale.
Ces gestes sont précisés par des protocoles harmonisés au niveau national selon des recommandations validées par la Haute autorité de santé (HAS).

- **La prise en charge de la douleur**

Elle est définie à l'article R 4311-8 du code de la santé publique : « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin qui fait partie de la liste définie par le code de la santé publique.

Les protocoles respectent les bonnes pratiques et les données actualisées de la science.

Ces pratiques respectent les recommandations validées par la HAS à partir des propositions élaborées au niveau national par un comité paritaire constitué de représentants des services publics d'urgence hospitaliers et du SSSM.
Ce comité est composé de quatre médecins et de deux infirmiers issus des services d'urgence hospitaliers, et de quatre médecins et de deux infirmiers issus du SSSM.

Une liste indicative et provisoire de thèmes de protocoles figure dans l'annexe VI.
Dans tous les cas, le protocole respecte le décret d'actes concernant l'exercice de la profession d'infirmier.
Les protocoles existant actuellement continuent d'être mis en œuvre jusqu'à la rédaction du modèle national défini ci-dessus sous réserve qu'ils soient conformes au corpus réglementaire applicable.

*c) Missions propres de l'infirmier*

Les missions propres de l'infirmier sont définies aux articles R. 4311-3 à R. 4311-6, elles concernent notamment les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne.
Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

## 5. Les principes de responsabilité

Lorsqu'un ISP exécute un protocole face à une urgence il est placé sous la responsabilité et l'autorité hiérarchique du médecin chef du SIS[25].
Lorsqu'un ISP exécute une prescription, il exerce sous la responsabilité du médecin prescripteur.

## 6. La formation et l'évaluation des ISP

A ce jour elle est prévue par :

- l'arrêté du 4 janvier 2006 modifié relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires ;
- l'arrêté du 16 août 2004 modifié relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels ;
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SSSM. A l'issue de celle-ci l'infirmier fait l'objet d'une évaluation pratique et théorique qui génère son inscription sur la liste départementale des infirmiers habilités à mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence, cette liste est visée par le DSIS.

Le comité quadripartite convient d'un objectif d'harmonisation des formations aux soins d'urgence entre les différentes structures selon les modalités envisagées dans le chapitre « axes de progrès ».

# XII. ANNEXE III : grille d'entretien vierge

| A priori | Thème | A postériori |
|---|---|---|
| Temps d'exercice IDE<br><br>Lieu d'exercice IDE | **Contexte professionnel**<br><br>Parlez-moi de votre parcours professionnel en tant qu'IDE | |
| Temps d'exercice ISP<br><br>Lieu d'exercice ISP | Parlez-moi de votre parcours en tant qu' ISP ?<br><br>(qu'avez-vous fait chez eux et dans quel centre avez-vous été. Un peu dans le même principe que votre parcours IDE) | |
| Interaction avec son environnement.<br>Enseignement(s) tiré(s) du passé<br>Influencé par environnement physique et social<br>Point de vue particulier (non exhaustif, non définitif de la réalité)<br>2 types d'expériences (humaines et savantes)<br>Expérience utile si analysée, permet de construire sa propre identité<br>3 facteurs influençant : durée, le milieu et la diversité<br>Prenne-t-il leur activité ISP comme de l'expérience | **Apprentissage expérientiels**<br><br>En dehors de l'urgence, que vous apporte votre expérience ISPV ?<br><br>*Question de relance*<br><br>Que ce que ça vous apprend ? | |

| | | |
|---|---|---|
| Acquisition des savoirs<br>Etapes d'apprentissage<br>Style d'apprentissage : app, apprentissage vicariant<br>Comment apprendre : accommodateur = manipulation, divergent = obs, assimilateur = théorie, convergent= les 3<br>Qu'apprend ton en tant qu'ISP | **Apprentissage expérientiels**<br><br>En dehors de l'urgence, que vous apporte votre expérience ISPV ?<br><br>*Question de relance*<br><br>Que ce que ça vous apprend ? | |
| Combinaison de savoirs<br>6 savoirs<br>Compétence est contextualisée, finalisée, reconnue socialement<br>Compétences requises et Compétences réelles<br>5 composantes (cognitive, culturelle, affective, sociale, praxéologique)<br>3 niveaux (individu, environnement social, organisation du travail)<br>Compétence en lien avec autonomie (bonne cp au bon moment)<br>5 voies de développement : formation sur le tas, alternance, APP, groupes de travail, intégration des | **Compétences**<br><br>En dehors de l'urgence, que vous apporte votre expérience ISPV ?<br><br>*Question de relance*<br><br>Est-ce que cette expérience vous a permis de développer des compétences ? | |

| | | |
|---|---|---|
| savoirs théoriques de la formation en connaissances<br>Voie de développement des compétences : double mouvement<br>(inconscient = incorporation, conscient = automatisation)<br>Type de compétences ISP | | |
| Activité mentale inconsciente.<br>Ressource à posséder pour comprendre, maitriser, sélectionner et orchestrer les bonnes ressources<br>Reconnaitre isomorphisme de situation<br>3 niveaux : transfert de compétences quand le sujet à repérer la structure du problème, reconstruire de nouveaux schèmes d'actions, rapport entre culture et identité personnelle<br>Organisation du travail,<br>Travail en collaboration<br>Jugement et raisonnement clinique | **Transfert de compétence**<br><br>Est-ce que cela vous sert dans votre pratique quotidienne ?<br><br>Et notamment en dehors du contexte de prise en charge d'une urgence | |

# XIII. ANNEXE IV : grille de catégorisation

| Concepts | Variables | ISPV 1 femme | ISPV 2 femme | ISPV 3 homme |
|---|---|---|---|---|
| Contexte professionnel IDE | | « J'ai fait 5 ans en service de cancéro, pneumo et neuro. Ensuite j'ai entamé ma carrière chez les SP en 2008 (fin 2008) et j'ai été diplômée en début 2008. » L12-13<br><br>« Mais euh, voilà après j'ai fait 5 ans dans le service puis un an aux urgences d'E… (91) » L14-15<br><br>« j'ai commencé le 24 janvier en libéral »L20 | « Alors, euh, moi j'ai, euh commencé à M…(77) y a donc 5 ans maintenant, enfin y a un petit plus de 5 ans maintenant, j'ai commencé en 2008. J'ai fait 4 mois de ce que nous nous appelons le SICS. » L12-14 | « euh, moi jsuis infirmier diplômé depuis 2009, j'ai fait euh des urgences, euh, un an et demi aux urgences de B…(92) adultes et pédiatriques. Et euh 3 ans et demi euh où jsuis, en réa chir à B…(94). Euh où en fait on tourne sur plusieurs services, on fait de la salle de réveil adulte et pédiatrique, on fait euh, de la salle de réveil obstétricale/gynéco, on fait de l'accueil de polytraumatisés, de l'accueil de grande garde de neurochirurgie et de la réanimation chirurgicale/ neurochirurgicale. On tourne à peu près tous les 15 jours. 15 jours de réa, 15 jours de salle de réveil. » L46-52 |
| Contexte ISPV | | « Ensuite j'ai entamé ma carrière chez les SP en 2008 (fin 2008) et j'ai été diplômée en début 2008. » L12-13<br><br>« Une semaine de formation SAP suite à ça j'ai fait 4ème au VSAB euh en fait en tant qu'observateur. J'ai dû faire 2 garde en fait puis après ils te mettent 3ème et euh au bout de 6 mois de VSAB on va dire, ils te demandent | « la démarche a été commencée il y a 3 ans, entre l'envoi des papiers, les entretiens, les lettres et tout. J'ai commencé réellement à mettre les pieds dedans, enfin à porter la tenue y a 2 ans avec ce qu'ils appellent eux le SAP2. » L26-29 | « euh, donc ISP depuis 2010, donc en fait jsuis rentré très peu de temps après l'école. Dans le 91 à E…, donc ça fait euh *(réflexion, les yeux sont fixés sur la table)* 4 ans. » L59-60<br><br>« Euh, alors moi j'ai plusieurs missions, alors jsuis ISP protocolé, alors y a plusieurs casquettes, y a le côté santé au travail avec les visites |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | est ce que tu continus dans la filière incendie ou tu pars en santé. Donc euh, j'ai choisi la santé et suite à ça tu fais 3 périodes de 3jours tous les mois *(silence)* donc ça fait 3 jours pendant 3 mois »L35-39<br><br>« oui oui toujours dans le même CI »L58<br><br>« Et puis jme sens bien à N…(77) » L61<br><br>Mission principale : visite médicale, SSO, SAP | « alors j'ai fait toutes mes doublures à N...(77) et jsuis restée à N...(77) » L48<br><br>Mission principale : visite médicale, SSO, SAP | d'aptitudes, euh le côté formation puisque je suis aussi formateur, formateur dans les premiers secours donc euh, je forme les chefs d'agrès sapeurs-pompiers, uniquement les chefs d'agrès et ensuite, et le coté, enfin y a encore 2 versants, le soutien opérationnel et euh le secours à victime. » L63-67<br><br>« le secours à victime est un peu anecdotique, y a pas énormément de monde, pour des questions politiques » L70-71 |
| Compétences | Contextualisée, formalisée, reconnut socialement | « Néanmoins, tu peux pas faire forcément ce que tu fais chez les ISP en service et inversement. » L89-90 | « Après l'hôpital sa reste différents des SP et l'un complète l'autre. C'est ce qui fait aussi ce pour quoi on est là, ça change aussi de ce que l'on fait tous les jours. Mais il faut connaitre la limite et tu peux pas forcément faire ce que tu fais chez les SP à l'hôpital et inversement. » L138-140 | « Mais en fait d'être ISP ou IDE c'est différent car quand jsuis à l'hopital jsuis plus dans la pratique chez les SP je suis dans euh, l'expert, l'expertise. » L89-90 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Compétences requises/ réelles | « Ça m'a développé les réflexes d'urgences, ça j'ai pu le constater car quand j'étais en service de cancéro euh tu vois tout de suite que les nanas ne sont pas du tout au point, enfin tu sais t'es cantonner à ton service et puis bah quand ça t'arrives un truc euh ba tu sais pas quoi faire. « l65-68<br><br>« Les filles en service n'ont pas de recyclage tu vois donc c'est loin pour elle alors que moi jle pratique régulièrement » L72-73 | « Moi ça m'a permis de me remettre à niveau même si je sortais de l'école y a pas si longtemps, y a des petites choses que tu as oublié et puis ça permet de voir un milieu autre, tu travailles pas dans un endroit fermé, tu es dehors avec autres choses » L63-65 | « C'est à dire que tu vas anticiper plus rapidement que euh d'autres collègues car tu sais ce qu'il y a faire quoi. » L61-62 |
| | 5 composantes | | « déjà tu développes tes connaissances sur les pathologies » L69-70 | |
| | 3 niveaux | « Car tu t'en prends plein la gueule, au niveau des mecs et au niveau du contact (elle soupire) tu développes de la sérénité. « L98-99<br><br>«Et quand tu es sur inter les gens te dictent souvent ce que tu dois faire donc tu dois les remettre à leur place gentiment. » L100-102 | | « jvais euh, vérifier la mise en place des gestes d'urgence »L98 |
| | Quelle compétence | « Ça m'a apporté de la confiance en moi. » L78<br><br>« Compétence relationnelle en premier » L81 « Et puis comme j'tai dit j'ai développé le côté relationnel. » L98 | « connaissances sur les pathologies » L69<br><br>« Tu développes aussi tes connaissances sur la pharmacologie » L73<br><br>« Tu vois t'as aussi tes connaissances | « le commandement qui est intéressant. »L45<br><br>« C'est à dire que tu vas anticiper plus rapidement »L61<br><br>« Je développe de la responsabilité. » |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | « tu développes de la sérénité. » L99<br><br>« Tu développes de la diplomatie » L100<br><br>« J'ai également développé de l'adaptabilité. » L131 | sur le milieu sapeur-pompiers. »L77<br><br>« Oui le côté technique » L87<br><br>« Apres oui le côté relationnel »L92<br><br>« Tu développes aussi des compétences de conseillère » L100<br><br>« Tu dois développer ton adaptabilité » L128 | L65-66<br><br>« jvais apporter mon expertise au COS lorsque jsuis déclenché en SSO jvais apporter dans un premier temps mon expertise au chef d'agrès et si besoin jvais mettre en application mes différents protocoles. »L91-94.<br><br>« Après voilà, on a tout le côté pédagogique » L114-115 |
| | Compétence en lien avec l'autonomie | « Si tu veux tu es seule sur inter et des fois tu le sens bien à certain moment quand les mecs ne savent pas quoi faire alors qu'à l'hôpital tu es plus exécutante. » L85-86<br><br>« Alors que quand tu es ISP t'es seul donc tu vois faire les liens et dire pourquoi y a sa tu peux pas appeler le médecin toutes les 2 minutes. » L95-96<br><br>« Enfin c' était pas non plus un reproche car les gens se trouvent dans une situation confortable car quand on te dit fait ça fait ça au moins tu ne prends pas trop de responsabilité. » L127-128 | « Mais là où ça m'a permis d'apprendre c'est le faite de ne pas savoir avec qui tu vas être sur inter' et donc tu connais ton référentiel, tu sais ce que tu peux déléguer ou pas. » L134-136 | « Et puis tu es seul chez les SP donc tu te gères, tu gères tes équipiers au besoin et ton organisation » L62-63 |
| | | | | |
| Apprentissage | Interaction environnement | « Les filles sont cantonnées à leur service et euh prennent des habitudes | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Expérientiel | | et quand t'es chez les pompiers c'est toujours la même organisation de journée mais tu as beaucoup d'imprévu car tu es suspendu à ton bip donc tu dois d'adapté. » L111-114 | | |
| | Enseignement tiré du passé | « Et puis tu te sers de ce que t'as vécu. Tu vois tu te rappelles quand jte disais vérifies ton matos que moi j'avais oublié la morphine et que j'ai du revenir ou de vérifier tes piles car jme suis déjà retrouvée en galère. (anecdote racontée lors de la préparation du véhicule durant mon stage) Et ba quand jsuis à l'hôpital je vérifie mon matériel et je vois comment il marche. » L106-109 | « Et là c'est encore autre choses quand tu vois tes patients, tu rentres dans la chambre, tu vois des choses qui t'auraient pas tapé dans l'œil avant, enfin moins. Et là tu les vois peut être un peu plus car tu les vois en inter. » L111-114 | |
| | Influencé par environnement physique et social | « Les filles sont cantonnées à leur service »L111-112<br><br>« Ba écoute, cette question s'est drôle enfin car récemment on m'a dit ça se voyait que je suis ISP car je donnais beaucoup d'ordres *(rigole)* alors que je trouve pas » L118-119 | « Donc y a une relation de confiance qui s'instaure alors que sur chaque inter' tu tombes sur des collègues différents mais tu dois bosser avec. » L126-128 | |
| | Points de vue particulier | « Alors que je trouve pas… Mais jpense que comme dans ta tête c'est clair, tu sais ce qu'y a faire t'as envie qu'on te suive»L119-120 | | « Mais en fait d'être ISP ou IDE c'est différent » L89 |
| | Expérience utile si analysé | « Et puis tu te sers de ce que t'as | « Après l'hôpital ça reste différents des | « Après voilà, on a tout le côté |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | pour construire sa propre identité | vécu.» L106 | SP et l'un complète l'autre. »L138 | pédagogique, dès fois jvais me mettre au contact du malade et c'est l'autre qui va le faire et puis après on va débriefer. » L115-117 |
| | 3 facteurs influençant | | | |
| | Acquisition des savoirs | | | |
| | Etapes d'apprentissage | | | |
| | Style d'apprentissage : | | | |
| | Comment apprendre : accommodateur,divergent, assimilateur convergent, | | | |
| | Qu'apprend ton en tant qu'ISP ? | | | |
| | | | | |
| Transfert | Activité mentale inconsciente | « Tu vois quand t'es une fille tu dois t'imposer et jpense que mine de rien tu le retransmets après, c'est peut-être un peu mal perçu.» L125-126<br><br>« Mais c'est vrai, que maintenant que tu me poses la question, c'est vrai que je me rendais pas compte que j'utilisai beaucoup de ce que j'avais appris chez les pompiers. » L145-146 | | « Donc en fait j'ai progressé les 2 en même temps donc c'est difficile de euh, de euh de pouvoir faire, de pouvoir comparer car, euh, c'était un peu transparent pour moi. » L108-111 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Isomorphisme de situation | « Parce que mine de rien aussi tu as des protocoles au niveau des SP et qui t'aides en dehors « L69-70<br><br>« Donc ce que j'ai appris chez les pompiers je l'utiliser à l'hôpital forcément.» L103-104 | « Et là c'est encore autre choses quand tu vois tes patients, tu rentres dans la chambre, tu vois des choses qui t'auraient pas tapé dans l'œil avant, enfin moin. Et là tu les vois peut être un peu plus car tu les vois en inter. » L111-114 | « euh gérer l'organisation, le délégement, 1, 2,3 délégation de tâche voilà, ça c'est intéressant » L46-47<br><br>« Après ce qui est sûr c'est que euh, ce côté où tu supervises sur intervention chez les SP etc., bin c'est quelque chose que j'essaie de reproduire sur euh, sur euh, à l'hôpital »L110-112<br><br>« nous c'est beaucoup de polytraumatisés, euh enfin voilà et donc euh du coup lorsqu'ils arrivent, en fait je parle le même langage que les SP euh » L124-126 |
| | 3 niveaux | | | |
| | Organisation du travail | « Tu vois, quand tu es à domicile tu fais avec ce que tu as et tu peux pas dire attendez je reviens jvais chercher ce qui me manque à la pharmacie, pour X raisons. Quand t'es dans le service j'ai vu des nanas chercher pendant ¾ d'heures des pansements car on leur avait dit de faire comme ça. Et euh, alors que tu vois, j'essaie de faire avec ce que j'ai car le but c'est quoi c'est que se soit fait et correctement mais tu mets tel truc mais que tu mets un autre qui a les même propriétés ba c'est euh pareil » | « Ça m'a permis de m'organiser plus rapidement. »L149-150 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | L131-136 | | |
| | Travail en collaboration | | « sur chaque inter'… mais tu dois bosser avec. » L123-L124 | « Je parle le même langage qu'eux, que mes collègues il parle un langage IDE à l'hôpital et des fois ils comprennent pas. » L128-129 |
| | Jugement clinique | « Donc forcément au niveau du raisonnement tu dois plus réfléchir et tu gardes cette réflexion dans ta pratique hospitalière. »L88-89<br><br>« Mais je garde cet esprit de réflexion de savoir pourquoi jfais ça et dans quel cas. » L90-91 | « Et puis tu vois le jugement clinique c'est ce que je disais tout à l'heure, tu vois des choses qu'au départ tu voyais pas » L151-152 | « alors euh oui je réfléchis autrement » L78 |
| | Ressource à posséder pour orchestrer bonne ressources | « Jme sers de ce que j'ai appris des 2 cotés mais pas à excès »L141 | | « mais forcément tu as un œil critique de la situation c'est à dire toi tu aurais fait autrement tu aurais fait différemment » L59-60 |

# XIV. ANNEXE V : verbatim des entretiens

Verbatim N°1 : IDE N°1

**Verbatim N°1 : IDE N°1**

Contexte : c'est une IDE avec qui j'ai effectué mon stage au sein des ISP. Elle connait donc déjà mon parcours professionnel, l'IFSI d'où je viens. L'entretien a lieu au domicile de l'IDE pour des raisons de commodités et de convivialité. L'enregistreur est posé sur la table basse.

Moi : Bonjour IDE N°1. Tout d'abord merci du temps accorder pour la réalisation de mon TFE. Tout d'abord, ça ne te dérange pas que j'enregistre l'entretien c'est pour mon usage personnel, pour m'éviter de prendre tout en notes et pour pouvoir discuter avec toi, c'est plus facile.

IDE N°1 : pas de soucis

Moi: Mon TFE porte sur le transfert de compétences à partir d'un milieu Sapeur-pompier. Tu n'es pas obligé de répondre, réponds ce que tu penses, je ne suis pas là pour te juger mais juste pour recueillir ton avis.

IDE N°1 : pas de soucis.

Moi : Pour commencer, peux-tu me parler de ton parcours professionnel en tant qu'IDE ?

IDE N°1 : J'ai fait 5 ans en service de cancéro, pneumo et neuro. Ensuite j'ai entamé ma carrière chez les SP en 2008 (fin 2008) et j'ai été diplômée en début 2008. En fait ça a ses avantages et ses inconvénients. J't'expliquerai après si tu as d'autres questions. Mais euh, voilà après j'ai fait 5 ans dans le service puis un an aux urgences d'E… (91) euh parce que je pensais que euh ça allait être plus complémentaire avec le métier que je faisais parallèlement et en fait jme suis rendue compte que pas du tout. En fait le côté relationnel que je retrouvais en cancéro, parce que mine de rien euh sinon ta vie elle est basée que sur l'urgence, tu vois. Enfin au travail t'es à l'urgence et puis chez les pompiers c'est de l'urgence. Donc euh, moi, enfin, ça m'a pas satisfait donc là pour le coup j'ai commencé le 24 janvier en libéral

Moi : d'accord, a oui c'est vrai tu m'avais dit ! *(Je souris)*.

IDE N°1 : j'ai pris une dispo et je suis partie en libéral pour euh, en fait retrouver ce côté relationnel que j'avais plus du tout aux urgences et qui ne m'allait pas. Parce que mine de rien les pompiers c'est de l'urgence mais tu retrouves quand même ce côté relationnel parce que les gens t'attendent et euh, enfin, euh, enfin tu te sens utiles quoi, tu vois. Enfin aux urgences, *(rigole)* les gens y attendent et y t'engueulent tout le temps, tout le temps. *(Se met de nouveau à rigoler)*. J'ai pas du tout aimé ce côté relationnel, après voilà donc jsuis partie et puis le libéral, enfin voilà, je retrouve un peu le relationnel que je cherchais, que j'avais en cancéro.

Moi : Très bien, après parle-moi de ton parcours ISP que tu m'as déjà un peu évoqué ?

IDE N°1 : donc tu veux savoir toute la formation ?

Verbatim N°1 : IDE N°1

Moi: Non pas seulement. Je voudrais savoir quel est ton parcours chez les SP, qu'as-tu fait chez eux et dans quel centre as-tu été. Un peu dans le même principe que ton parcours IDE.

IDE N°1 : en fait moi j'ai l'ancienne réforme et je ne sais pas ce qu'ils ont changé vraiment mais en fait jsuis rentrée chez les SP. Attend faut que je m'en rappelle. *(Réfléchit, silence, lève les yeux au ciel)*. Une semaine de formation SAP suite à ça j'ai fait 4ème au VSAB euh en fait en tant qu'observateur. J'ai dû faire 2 garde en fait puis après ils te mettent 3ème et euh au bout de 6 mois de VSAB on va dire, ils te demandent est ce que tu continus dans la filière incendie ou tu pars en santé. Donc euh, j'ai choisi la santé et suite à ça tu fais 3 périodes de 3jours tous les mois *(silence)* donc ça fait 3 jours pendant 3 mois quoi. ça c'est la formation incendie où la euh tu touches un peu les protocoles et tout ça car avant tu ne les touches pas du tout, tu vois. T'es au VSAB et t'as pas le droit d'approcher la VLSM, tu vois quoi. Donc voilà après 3 jours, en fait après la période de la formation incendie, j'avais un concours donc si tu réussis t'as le droit d'aller à la formation incendie et la fin de la formation incendie t'as un autre concours euh de pratique en fait.

Moi : d'accord

IDE N°1 En cas concret, et puis après t'as 6 doublures. Moi je les ai faites à T… (77) car il partait du principe que les formateurs n'étaient pas à N… (77). Alors, pourquoi je ne sais pas puisque maintenant ça a changé tu vois. *(Rigole)* Et puis et donc j'ai fait 6 doublures et après tu as une autres évaluation pendant ta garde, comment tu gères sur inter et puis après tu es validé. Et donc ça a changé, c'est beaucoup moins compliqué, après jpense que Laurent pourra plus t'informer si besoin.

Moi : d'accord, de toute manière j'ai rendez-vous avec A…, jeune ISP. Donc comme ça je verrais si vous avez la même formation.

IDE N°1 : *(Elle sourit)*. Oui comme ça tu pourras voir les différences. Moi j'avais un concours à la fin du SAP, au début de l'incendie à la fin de l'incendie et pour la validation, donc l'évaluation est perpétuelle. Tu es tout le temps jugé.

Moi : Très bien, depuis que tu as été validée tu as toujours été dans le même CI ?

IDE N°1 : oui oui toujours dans le même CI, pour être honnête, tu fais ce que tu fais tous les jours mais je le fais pas tous les jours ! Mine de rien, quand tu vas dans une autre caserne, il faut te faire euh intégrer et euh que tu le veuilles ou pas quand tu es intégré que tu as fait tes preuves et donc tu es moins jugé. Et puis jme sens bien à N…(77), et j'ai pas envie de repasser devant les jugements des mecs de l'incendie.

Moi: D'accord, maintenant parlons un peu du sujet qui me concerne. *(Sourire)*. En dehors de l'urgence, que t'apportes ton expérience ISPV ?

IDE N°1 : Ça m'a développé les réflexes d'urgences, ça j'ai pu le constater car quand j'étais en service de cancéro euh tu vois tout de suite que les nanas ne sont pas du tout au point, enfin tu sais t'es cantonner à ton service et puis bah quand ça t'arrives un truc euh ba tu sais pas quoi faire. Donc moi, c'est venu naturellement. Jme suis dit ah ouais ça m'apporte sa et quand

2

Verbatim N°1 : IDE N°1

j'ai des situations d'urgences jsuis vraiment vraiment plus sereine parce je sais agir. Parce que mine de rien aussi tu as des protocoles au niveau des SP et qui t'aides en dehors Par exemple, une prise de malaise, t'as un Glasgow, PLS ou lors de trouble de la conscience de la glycémie. Les filles en service n'ont pas de recyclage tu vois donc c'est loin pour elle alors que moi jle pratique régulièrement. Jme sens plus sereine sur certains gestes comme PLS, RCP … car quand tu es en service tu ne gères pas cela. Moi c'est mon avis. Même quand tu es jeune IDE, tu as une personne qui est pas bien qui a des troubles de la conscience tu ne vas tilter sur la prise d'une glycémie … Tu vois. Alors que chez les SP tu le fais donc tu gardes ces réflexes.

Ça m'a apporté de la confiance en moi. Euh, voilà. Une satisfaction personnelle aussi !

Moi: est-ce que tu penses que ton expérience ISP t'as permis de développer d'autres compétences, par forcément en lien avec l'urgence ? Pas que sur la prise de malaise ?

IDE N°1 Compétence relationnelle en premier *(se met à rire)*.

Puis oui car tu dois faire beaucoup de lien car en tant qu'ISP tu agis sur protocoles mais tu es vite hors protocole donc tu peux pas agir comme sa donc tu es obligé de faire des liens, t'es obligé de réfléchir a 2 fois sinon tu perds ton diplôme car si tu agis a côté ils vont pas te louper. Si tu veux tu es seule sur inter et des fois tu le sens bien à certain moment quand les mecs ne savent pas quoi faire alors qu'à l'hôpital tu es plus exécutante. Enfin Moi je l'ai vu, j'étais aux urgences d'Evry on a eu un arrêt et le docteur il te dit met une perf, fais ça, ninnin. Tu es moins libre. Donc forcément au niveau du raisonnement tu dois plus réfléchir et tu gardes cette réflexion dans ta pratique hospitalière. Néanmoins, tu peux pas faire forcément ce que tu fais chez les ISP en service et inversement. Mais je garde cet esprit de réflexion de savoir pourquoi jfais ça et dans quel cas. Donc tu fais les liens entre ce que tu vois et ce que tu dois faire. Et quand t'es à l'hôpital tu le fais pas forcément, moi jl'ai vu en cancéro les filles elles font ce qu'on leur a demandé de faire. Ou alors elles voient certaines choses et se disent pas pourquoi c'est comme ça qu'est ce qui a pu l'engendrer. Elles vont voir direct le médecin. Alors que quand tu es ISP t'es seul donc tu vois faire les liens et dire pourquoi y a sa tu peux pas appeler le médecin toutes les 2 minutes.

Moi : hum, hum. *(Je fais un hochement de tête)*

IDE N°1 Et puis comme j'tai dit j'ai développé le côté relationnel. Car tu t'en prends plein la gueule, au niveau des mecs et au niveau du contact (elle soupire) tu développes de la sérénité. Enfin voilà tu laisses plus passer, tu deviens calme. Tu développes de la diplomatie. Et quand tu es sur inter les gens te dictent souvent ce que tu dois faire donc tu dois les remettre à leur place gentiment. Quand t'es en service tu retrouves cette problématique avec les familles qui veulent leurs idées. Donc ce que j'ai appris chez les pompiers je l'utiliser à l'hôpital forcément.

Moi : oui, d'accord

IDE N°1 Et puis tu te sers de ce que t'as vécu. Tu vois tu te rappelles quand jte disais vérifies ton matos que moi j'avais oublié la morphine et que j'ai du revenir ou de vérifier tes piles car

3

Verbatim N°1 : IDE N°1

jme suis déjà retrouvée en galère. (anecdote racontée lors de la préparation du véhicule durant mon stage) Et ba quand jsuis à l'hôpital je vérifie mon matériel et je vois comment il marche. Tu vois. Jvois mes collègues me disent tu perds du temps et tout mais quand jsuis pressée ou que j'en ai besoin jsais où il est. Après tu vois on revient à ce que je te disais. Les filles sont cantonnées à leur service et euh prennent des habitudes et quand t'es chez les pompiers c'est toujours la même organisation de journée mais tu as beaucoup d'imprévu car tu es suspendu à ton bip donc tu dois d'adapté.

Moi: très bien. Mais est-ce que cela te sert dans ta pratique quotidienne. Comme par exemple, le travail en collaboration (avec SP ou AS). Tu m'as parlé de compétences relationnelles, Est-ce que cette expérience a changé des relations ?

IDE N°1 : Ba écoute, cette question s'est drôle enfin car récemment on m'a dit ça se voyait que je suis ISP car je donnais beaucoup d'ordres *(rigole)* alors que je trouve pas. Mais jpense que comme dans ta tête c'est clair, tu sais ce qu'y a faire t'as envie qu'on te suive. Voilà. Donc jsuis quelqu'un qui quand je sais que je le sais à 100% et que c'est bon c'est sûr que je vais être un peu plus directive mais parce que c'est comme chez les pompiers tu es conseillère tu leur dis ce qu'il faut faire et que tu vois que eux abuse et qu'ils sont dans le faux ba tu t'imposes un peu. Ouais au niveau, de, comment je peux parler, en fait peut être que j'adapte pas mon langage, jparle comme à des bonhommes. Tu vois quand t'es une fille tu dois t'imposer et jpense que mine de rien tu le retransmets après, c'est peut-être un peu mal perçu. Enfin c' était pas non plus un reproche car les gens se trouvent dans une situation confortable car quand on te dit fait ça fait ça au moins tu ne prends pas trop de responsabilité. Tu vois. Mais jpense que ça déteint la dessus. Donc voilà.

*(Silence, moment de réflexion)*

J'ai également développé de l'adaptabilité. Tu vois, quand tu es à domicile tu fais avec ce que tu as et tu peux pas dire attendez je reviens jvais chercher ce qui me manque à la pharmacie, pour X raisons. Quand t'es dans le service j'ai vu des nanas chercher pendant ¾ d'heures des pansements car on leur avait dit de faire comme ça. Et euh, alors que tu vois, j'essaie de faire avec ce que j'ai car le but c'est quoi c'est que se soit fait et correctement mais tu mets tel truc mais que tu mets un autre qui a les même propriétés ba c'est euh pareil. Et on en revient à ce que je disais je réfléchis à ce que je fais donc ça me permet de m'adapter plus vite car je sais ce que j'ai à faire.

*(Elle se met à croiser les jambes et change de ton)*

Et puis je ne crache pas sur les pompiers, tu vois. C'est ce qui m'a permis d'être une IDE complémentaire. Jme sers de ce que j'ai appris des 2 cotés mais pas à excès. Les 2 mondes ne sont pas hermétiques l'un à l'autre, même si parfois j'ai l'impression de faire 2 métiers différents.

*(Moment de réflexion)*

Mais c'est vrai, que maintenant que tu me poses la question, c'est vrai que je me rendais pas compte que j'utilisai beaucoup de ce que j'avais appris chez les pompiers.

4

Verbatim N°1 : IDE N°1

147 Et voilà.

148 Moi : ok, as-tu des choses que tu voudrais rajouter ?

149 IDE N°1 : non, non . n'hésite pas si ta besoin. *(Elle sourit)*

150 Apres nous échangeons sur son plâtre et la suite de mon parcours, mon lieu de stage actuel,
151 des personnes de la caserne ou j'étais en stage.

152 IDE N°1 ; je te souhaite bonne continuons, plein de courage, car ceux sont des moments
153 difficiles et si tu as besoin tu n'hésites pas.

5

Verbatim N°2 : IDE N°2

## Verbatim N°2 : IDE N°2

Contexte : ISPV qui m'a encadré lors de mon stage chez les Sapeurs-pompiers, elle connait mon parcours de stage, mon IFSI et mon intérêt pour le domaine de l'urgence.

Nous sommes à la caserne. Elle rentre d'intervention et peut partir à tout moment. Nous nous sommes installées dans le bureau infirmier en face à face. Nous avons choisi malgré tout la caserne par manque de disponibilité commune en dehors de la caserne. On a convenu que si elle doit partir je l'attends à la caserne (je connais les hommes de celle-ci pour y avoir pratiqué mon stage)

Moi : Bonjour IDE N°2, comment vas-tu ? Tout d'abord merci du temps accorder pour la réalisation de mon TFE. Ensuite, ça ne te dérange pas que j'enregistre l'entretien c'est pour mon usage personnel, pour m'éviter de prendre tout en note et pour pouvoir discuter avec toi, c'est plus facile.

IDE N°2 : pas de soucis, je vais essayer de ne pas bafouiller alors ! *(elle rigole)*

Moi : non non réponds normalement, ne t'inquiète pas si ça bafouille c'est juste pour que l'entretien ressemble à une discussion interactive et non à un monologue pendant que je prends des notes. Mon TFE porte sur le transfert de compétences à partir d'un milieu Sapeur-pompier. On va donc commencer l'entretien.

Pour débuter, peux-tu me parler de ton parcours professionnel en tant qu'IDE ?

IDE N°2 : Alors, euh, moi j'ai, euh commencé à M…(77) y a donc 5 ans maintenant, enfin y a un petit plus de 5 ans maintenant, j'ai commencé en 2008. J'ai fait 4 mois de ce que nous nous appelons le SICS

Moi : oui

IDE N°2 : jsais pas si tu vois ce que c'est ?

Moi : si, si c'est des remplacements en interne en gros.

IDE N°2 : oui c'est ça, c'est des remplacements. Et comme j'avais bien accroché avec la réa, on m'a fait la proposition de pouvoir euh, rester dans le service dans lequel je remplaçais de temps en temps, donc j'attaque le début de la 6ème année de réa de M...(77). En fait une ide de réanimation voulait passer en SIXT donc on a pu inverser. *(Elle rigole)*

Donc jsuis toujours restée à M…(77) après mon diplôme. Et pour le moment j'y reste. Elle sourit

Moi: Ba écoute, si tu es bien tant mieux faut y rester. *(Je souris.)* Peux-tu maintenant me parler de ton parcours en tant qu'ISP

IDE N°2 : alors ça a commencé y a *(réflexion, silence et lève les yeux au ciel)*, la démarche a été commencée il y a 3 ans, entre l'envoi des papiers, les entretiens, les lettres et tout. J'ai commencé réellement à mettre les pieds dedans, enfin à porter la tenue y a 2 ans avec ce

Verbatim N°2 : IDE N°2

qu'ils appellent eux le SAP2. C'est pour être, enfin SAP 1 et SAP2 car y a le SAP 3 c'est pour le chef d'agrès, pour euh faire l'équipier VSAV donc pendant 6 mois en fin de compte on intègre la filière incendie pour pouvoir faire un choix, savoir si on reste au SSSM soit si on part en filière incendie et euh ensuite, euh moi j'ai fait le choix de rester coté IDE (elle sourit). Après du coup ça fait à peu près 3 mois de formation euh 3jours par mois pendant 3 mois, ensuite de la doublure pendant 3 mois et ensuite on passe l'examen final et du coup ça a été l'année dernière. Là ça va faire un an que j'y suis et j'ai fait ma formation continue le 05/4 donc c'est reparti pour un an.

Et pendant toute la formation t'as des évaluations. Une à la fin du SAP, ensuite tu fais 6 mois en doublure et où on te demande d'intégrer certaines notions incendies pour pas avoir l'air quiche sur les inter' notamment en soutien sanitaire. Ensuite tu rencontres le chef de centre et L…, IDE de groupement, où enfin de compte eux te donnent leurs avis, savoir s'ils sont d'accords pour que tu continu ou non. On te donne des échéances pour savoir où tu en es et savoir si eux sentent qu'on est dedans. Et enfin quand on est bon pour partir au SSSM, on a nos 3fois 3 jours et au bout c'est ce que eux appelle la validation de la partie théorie. Et après les doublures ceux sont les IDE validés qui te valident et ensuite t'as l'examen final. T'es présenté à un cas concret avec une partie soutien sanitaire, le tout sur une journée. Et puis voilà. *Elle tourne les yeux vers l'extérieur, un VSAV revient d'intervention.*

Moi : D'accord, et tu as fait où tes doublures ? Tu es toujours restée à N…(77) après ?

IDE N°2 : alors j'ai fait toutes mes doublures à N...(77) et jsuis restée à N...(77), après au besoin tu peux muter mais moi jm'y sens bien.

Moi: très bien. Ensuite rentrons un peu plus dans le sujet de mon mémoire. En dehors de l'urgence, que t'apportes ton expérience ISPV ?

IDE N°2 : en dehors de l'urgence ? *(me regarde avec insistance)*

Moi : oui c'est-à-dire pas que sur des gestes d'urgences ou sur la gestion d'une urgence vitale.

IDE N°2 : *(Elle se met à rire)*

Franchement ça remet en question. T'as ton parcours professionnel habituel où en fin de compte une fois que t'es dans ton circuit tu fais ce que tu sais faire tous les jours, euh, voilà t'arrives le matin tu sais que tu vas faire tel ou tel chose, c'est ta journée standard même si c'est un boulot qui n'est pas répétitif, y a quand même une routine dedans. Là tu sais que tu as pas de routine, ça peut biper dans 3 minutes, là comme ça ne pourra pas biper et euh, comme c'est une formation qui est vachement axée, enfin c'est personnalisé, t'as aussi la mobilisation de beaucoup de connaissances, plus de connaissances car tu sors de ton domaine habituel. Il faut vraiment que tu sois à l'aise sur beaucoup de choses et euh ça remet beaucoup les connaissances en question. Moi ça m'a permis de me remettre à niveau même si je sortais de l'école y a pas si longtemps, y a des petites choses que tu as oublié et puis ça permet de voir un milieu autre, tu travailles pas dans un endroit fermé, tu es dehors avec autres choses. Tu es avec des gens différents qui t'apportent d'autres choses

Moi : qu'entends-tu par développer des connaissances personnelles ? À quel niveau ou sur quel sujet ?

Verbatim N°2 : IDE N°2

IDE N°2 : Ba euh, *(se met à réfléchir),* déjà tu développes tes connaissances sur les pathologies car vu que t'es sur protocole tu dois savoir rapidement quelle pathologie tu as en face de toi. Certaines tu les vois pas. Tu vois là je reviens d'inter' sur début d'accouchement d'un 5ème enfant. Et j'aime pas les accouchements et je n'en vois pas souvent mais je dois savoir quoi faire. Tu développes aussi tes connaissances sur la pharmacologie car là même si tu es sur protocole si t'as un doute t'es seule sur l'inter' donc tu dois savoir si besoin de diluer ou non quel posologie max tu peux mettre … même si tu as un médecin après qui intervient et qu'il te dit de mettre tel médoc tu dois savoir globalement si la posologie c'est la bonne etc. et puis voilà. Tu vois t'as aussi tes connaissances sur le milieu sapeur-pompiers. Tu dois savoir qui et qui, à qui tu t'adresses dans quel ordre etc… Tu dois aussi reconnaitre les badges afin de savoir à qui tu t'adresses, si c'est un lieutenant, un colonel mais également s'il est coté incendie, santé ou autres.

Moi : Très bien. Mise à part le fait que tu développes des connaissances personnelles, est ce que cette expérience t'as permis de développer des compétences ?

IDE N°2 : par rapport au port folio que vous avez ?

Moi : oui est ce que tu développes en particulier certaines mais également des compétences autres que celles du port folio.

IDE N°2 : Oui tu retrouves toutes les compétences du port folio mais de manières différentes. Oui le côté technique il y est, tu poses des perfs, le côté connaissance il y est aussi. Les projets de soins ça par contre non, car nous notre place en tant ISP n'est pas de soigner les gens mais de savoir ce que tu vas pouvoir leur apporter. Toi t'arrives à un moment T, on te demande de légèrement améliorer l'état de ta victime elle a mal après elle a plus mal ou tout du moins qu'elle ne s'aggrave pas. Tu es là pour palier sur un temps donné à l'arrivé sur un centre hospitalier ou eux pourront gérer tout ça. Apres oui le côté relationnel forcément tu obtiendras jamais toutes tes infos et tous si t'établis pas un contact avec la personne avec qui tu travailles. Elles *(les CP)* sont toutes là mais d'une manière différentes. En fait, chacunes sont vites faits là et d'autres sont beaucoup plus euh en avant. Elles apparaissaient beaucoup plus mais ça se voit dans tous les services. Exemple l'éducation thérapeutique, j'ai un mec en hypo qui est diabétique effectivement il va falloir le resucrer et tout mais toute la rééducation se fera derrière à l'hôpital. Il sera pris en charge pour équilibrer son diabète même si je lui rappelle qu'il doit bien manger etc. C'est le travail des IDE hospitalières pas celui des ISP.

Tu développes aussi des compétences de conseillère car tu arrives parfois sur une inter' car les SP ont un doute ou ne savent pas et moi jleur explique ou les guide.

Tu développes aussi ton raisonnement clinique car quand t'es sur protocole tu as de critères à respecter et il faut que tu les aies vite repérer mais tu peux aussi être vite or protocole.

Moi : d'accord. Est-ce que cela te sert dans ta pratique quotidienne ? Et notamment en dehors du contexte de prise en charge d'une urgence

IDE N°2 : est-ce que ce que je fais ici *(ISP)* m'apporte ? C'est bien ça ?

Moi : oui, c'est cela. Mais aussi comment ce que cela t'apporte, tu l'utilises en réa quand tu travailles.

3

Verbatim N°2 : IDE N°2

IDE N°2 : oui ça m'apporte beaucoup, comme je te disais tu fais les choses parce que quand le matin t'arrives tu fais ta toilette, tes pansements et des fois tu as des pathologies qu'arrivent tu connais et t'as l'habitude de les voir. A la fin l'OAP c'est OAP, l'infarct c'est l'infarct. Et là c'est encore autre choses quand tu vois tes patients, tu rentres dans la chambre, tu vois des choses qui t'auraient pas tapé dans l'œil avant, enfin moins. Et là tu les vois peut être un peu plus car tu les vois en inter. Ça sert toujours.

Moi : et si je te parle de travail en collaboration, d'organisation de ton travail ou jugement clinique. Que pourrais-tu me dire par rapport à ton expérience et son transfert dans ta pratique IDE ?

IDE N°2 Et bah, rapport au travail en collaboration, ce qui est important c'est de travailler avec eux et euh, c'est savoir garder sa place. Ça veut dire ne pas en faire trop, savoir que chacun sur inter à son travail et à partir du moment où chacun à sa tâche au final voilà, ils ont pas l'impression que tu débordes sur la leur et euh qu'eux débordent sur la tienne. T'es là pour les aider, t'es pas là non plus pour tout leur faire et à partir du moment où tu restes professionnelle, le fait d'être dans un milieu d'hommes ça ne change pas grand chose. Faut savoir mettre des limites. Mais ça c'est un peu comme, euh, à l'hôpital. Chacun a sa tâche et tu débordes pas sur la leur. Après la différence c'est qu'à l'hôpital tu vois tes collègues tous les jours, tu as souvent le même roulement qu'eux. Donc y a une relation de confiance qui s'instaure alors que sur chaque inter' tu tombes sur des collègues différents mais tu dois bosser avec. Donc tu t'adaptes. Tu dois développer ton adaptabilité, jsuis pas sûr que ça se dise, tu corrigeras. *(Elle rigole)*

Moi : non mais jcrois que ça existe

IDE N°2 : Il faut que tu t'adaptes rapidement pour pouvoir travailler en collaboration. Et même si ça se passe mal, tu revois souvent les même SP à force de faire des gardes et tu accroches plus avec certains que d'autres, mais si tu veux pouvoir remplir ta mission, tu dois travailler en collaboration. Mais là où ça m'a permis d'apprendre c'est le faite de ne pas savoir avec qui tu vas être sur inter' et donc tu connais ton référentiel, tu sais ce que tu peux déléguer ou pas. Alors qu'à l'hôpital avec la confiance tu laisses passer plus de choses ou tu leur délègue plus de choses. Enfin tu vois quoi.

Après l'hôpital ça reste différents des SP et l'un complète l'autre. C'est ce qui fait aussi ce pour quoi on est là, ça change aussi de ce que l'on fait tous les jours. Mais il faut connaitre la limite et tu peux pas forcément faire ce que tu fais chez les SP à l'hôpital et inversement. Effectivement le côté adrénaline, il est bon dans ce qu'on fait. Enfin moi j'aime bien en tout cas. *(Elle sourit)*

Concernant l'organisation, oui sa t'apporte car tu interviens chez les gens donc tu as pas tout à disposition, c'est toi qui l'amène. Donc tu dois tout avoir à coté de toi mais en te laissant de la place pour travailler. A l'hôpital tu as ta prise à oxygène au mur, ton aspi au mur … alors que là c'est toi qui l'amène. Et puis tu es tout de suite plus qu'à l'hôpital. Les SP sont 3 voire 4 sur place puis toi et si t'as un chauffeur et si y a une équipe médicale qui se déplace c'est 3 personnes de plus. Donc tu dois rapidement d'organiser. Et puis quand tu es sur des gros dispo et que tu arrives le premier tu dois dispatcher les hommes. Ça m'a permis de m'organiser plus rapidement. Enfin voilà.

Verbatim N°2 : IDE N°2

Et puis tu vois le jugement clinique c'est ce que je disais tout à l'heure, tu vois des choses qu'au départ tu voyais pas. Ou tu y faisais moins attention. Enfin voilà quoi.

Moi: très bien, as-tu des choses que tu voudrais rajouter ?

IDE N°2: non, non , c'est déjà pas mal. Ça va t'occuper. (*On rigole.)*

*Ensuite nous discutons de nos vies personnelles*

IDE N°2 : je te souhaite bon courage, et si tu as besoin ou d'autres questions, tu as mon numéro. Tu m'appelles.

Moi : Merci c'est gentil. A bientôt.

## Verbatim N°3 : IDE N°3

Contexte : l'entretien se déroule à l'IFSI pendant la pause repas de l'infirmier qui donne des cours aux ambulanciers.

Nous nous sommes mis dans la salle où son cours a eu lieu. Nous nous sommes assis à une table en face à face et nous fermons la porte pour être tranquilles. Nous savons juste que son collègue doit passer lui donner un sandwich

Moi : bonjour Jérôme, comment vas-tu ? Tout d'abord merci du temps accorder pour la réalisation de mon TFE. Ensuite, ça ne te dérange pas que j'enregistre l'entretien c'est pour mon usage personnel, pour m'éviter de prendre tout en note et pour pouvoir discuter avec toi, c'est plus facile.

IDE N°3 : Pas de soucis !

Moi : Comme tu le sais je suis étudiante à l'IFSI CRF de Paris. Le thème de mon TFE porte sur le transfert de compétences à partir d'un milieu Sapeur-pompier.

IDE N°3 : attend si je reformule, mes compétences pompiers comment je les retransmets dans mon service ?

Moi : oui c'est ça. Exactement.

IDE N°3 : d'accord c'est ça !

Moi : Pour débuter, peux-tu me parler de ton parcours professionnel en tant qu'IDE ?

IDE N°3 : euh, moi jsuis infirmier diplômé depuis 2009, j'ai fait euh des urgences, euh, un an et demi aux urgences de B…(92) adultes et pédiatriques. Et euh 3 ans et demi euh où jsuis, en réa chir à B…(94). Euh où en fait on tourne sur plusieurs services, on fait de la salle de réveil adulte et pédiatrique, on fait euh, de la salle de réveil obstétricale/gynéco, on fait de l'accueil de polytraumatisés, de l'accueil de grande garde de neurochirurgie et de la réanimation chirurgicale/ neurochirurgicale. On tourne à peu près tous les 15 jours. 15 jours de réa, 15 jours de salle de réveil. Euh voilà un peu. Après, on va dire ça c'est le côté boulot en permanence et avec ça j'ai un DU, enfin j'ai 2 DU, un DU urgences vitales en soins infirmiers de Garches et un DU sapeurs-pompiers.

Moi : un DU Sapeur pompiers qu'est-ce que c'est ?

IDE N°3 : euh dans le DIU Infirmiers sapeurs-pompiers y a 2 versants l'urgence et la santé au travail.

Moi: ok très bien, alors du coup parle-moi de ton parcours ISP.

IDE N°3 : euh, donc ISP depuis 2010, donc en fait jsuis rentré très peu de temps après l'école. Dans le 91 à E…, donc ça fait euh *(réflexion, les yeux sont fixés sur la table)* 4 ans. *Rigole*

Verbatim N°3 : IDE N°3

Moi : c'est bon, c'est bien ça, ah le calcul mental. *Nous rigolons*

IDE N°3 : Euh, alors moi j'ai plusieurs missions, alors jsuis ISP protocolé, alors y a plusieurs casquettes, y a le côté santé au travail avec les visites d'aptitudes, euh le côté formation puisque je suis aussi formateur, formateur dans les premiers secours donc euh, je forme les chefs d'agrès sapeurs-pompiers, uniquement les chefs d'agrès et ensuite, et le coté, enfin y a encore 2 versants, le soutien opérationnel et euh le secours à victime.

Moi : le soutien opérationnel, c'est ce qu'on appelle le soutien sanitaire opérationnel (SSO).

IDE N°3 : ouais c'est ce que l'on appelle le SSO et après secours à victime sachant que dans le 91 le secours à victime est un peu anecdotique, y a pas énormément de monde, pour des questions politiques

Moi: oui et par rapport au 77, y a pas le même nombre de SMUR ni le même nombre de kilomètres à parcourir et donc pas le même temps d'arrivé. Après on va rentrer dans le vif du sujet

IDE N°3 : vas-y. Il sourit

Moi : En dehors de l'urgence, que t'apporte ton expérience ISPV ?

IDE N°3 : alors c'est euh, c'est surtout le commandement qui est intéressant. Alors commandement c'est un grand mot mais surtout euh à l'hôpital, euh gérer l'organisation, le délégement, 1, 2,3 délégation de tâche voilà, ça c'est intéressant, après euh, y a le côté tout le côté euh on va dire euh travail en équipe, cohésion etc. voilà.

Moi : oui ça a changé ta façon de travailler par rapport à ça ?

IDE N°3 : non ça l'a approfondi puisque j'ai toujours travailler comme ça, ça l'a approfondi, en fait !

Moi : d'accord Est-ce que cette expérience t'as permis de développer des compétences ?

Je le vois perplexe, je précise donc. As-tu développé des compétences ou alors cela t'as plutôt entrainé à laisser des compétences de côté.

IDE N°3 : à l'hôpital tu en laisses forcément de côté. Euh parce que t'es limité, parce que quand t'es ISP t'es, tu corresponds à un officier chez les SP avec euh un, tout le côté officier, responsabilité euh et euh à l'hôpital y a euh le médecin qui euh. Donc du coup toute la partie gestion du patient, euh décision de prise en charge thérapeutique etc. c'est plus le médecin donc ça tu le fais pas mais forcément tu as un œil critique de la situation c'est à dire toi tu aurais fait autrement tu aurais fait différemment, euh et après t'as quand même le côté anticipation. C'est à dire que tu vas anticiper plus rapidement que euh d'autres collègues car tu sais ce qu'il y a faire quoi. Et puis tu es seul chez les SP donc tu te gères, tu gères tes équipiers au besoin et ton organisation. Tu dois aussi réfléchir sur ce que tu fais. Tu vois maintenant que jai fait mes preuves lors d'un SSO, je gère seul la partie secours à victime. Le COS trouve que je suis compétent et donc capable de gérer seul. Je développe de la responsabilité.

Verbatim N°3 : IDE N°3

Moi : sa marche et si tu reprends par rapport aux compétences du port folio. Que tu n'as pas pratiqué en tant que tel mais que tu commences à connaitre par l'encadrement des élèves. Tu en développes certaines et d'autres tu en laisses de côté. Par exemple si on prend le raisonnement clinique, jugement clinique ce qu'on appelle classiquement les projets les soins est ce que le fait d'être seul sur intervention ça t'as permis de penser autrement et de l'appliquer dans ta pratique ?

IDE N°3 *(Se met à rire et me dit)* : j'ai pas compris.

*(On rigole)*

Moi : tout ce qui est raisonnement clinique pour la prise en charge du patient. Est-ce que le fait d'être seul sur inter' puisque c'est toi qui décide, est ce que ça a changé ta pratique à l'hôpital. Est-ce que tu réfléchis autrement ?

IDE N°3 : alors euh oui je réfléchis autrement, jréfléchis, dans les vraies urgences, dans l'urgence urgence, jréfléchis en pompier en fait. Avec ce qu'on appelle la méthode L'ABCDEF, jsais pas si tu connais, c'est une méthode de prise en charge globale. Mais là tu me demandes dans l'urgence ou pas.

Moi : ba non, je rigole, le but est de voir si en dehors des situations d'urgence ça t'apporte. Car forcement sur l'urgence tu vas t'en servir car plus tu pratiques, plus tu t'améliores, enfin normalement.

*(On rigole)*

IDE N°3 : ba moi jpratique l'urgence tout le temps !

Moi : a bon ?

IDE N°3 : oui c'est mon métier, parce que nous vu qu'on accueille des polytraumatisés etc., on est au cœur de l'urgence. Mais en fait d'être ISP ou IDE c'est différent car quand jsuis à l'hopital jsuis plus dans la pratique chez les SP je suis dans euh, l'expert, l'expertise. Je vais apporter l'expertise soit au chef d'agrès, soit une expertise au COS euh tout dépend de, de, de du type d'intervention. Si c'est une intervention en soutien sanitaire opérationnel, jvais apporter mon expertise au COS lorsque jsuis déclenché en SSO jvais apporter dans un premier temps mon expertise au chef d'agrès et si besoin jvais mettre en application mes différents protocoles. Mais euh, la mise en place des différents protocoles c'est rarissime. C'est plus une expertise approfondie du bilan médicale etc…

Moi : ok, c'est un peu différent du 77 là-dessus.

IDE N°3 : mais euh, euh, jvais euh, jvais euh, vérifier la mise en place des gestes d'urgence qui sont faits par le chef d'agrès. Donc un exemple si j'interviens pour un arrêt cardiaque euh jvais m'assurer que les équipiers massent bien correctement etc…

Moi : ouais donc c'est pas toi qui pratique mais tu vérifies ?

IDE N°3 : oui exactement

3

Verbatim N°3 : IDE N°3

Moi très bien. Donc comme tu m'as déjà dit ça te sert dans ta pratique quotidienne mais par rapport à l'organisation du travail car tu m'as parlé du travail en collaboration, du raisonnement clinique etc. Mais par rapport à ton organisation de travail est ce que ça a changé ou pas ?

IDE N°3 : Alors moi en fait j'ai progressé les 2 branches en même temps. J'étais jeune IDE et jsuis rentré chez les SP et en parallèle j'étais IDE. Donc en fait j'ai progressé les 2 en même temps donc c'est difficile de euh, de euh de pouvoir faire, de pouvoir comparer car, euh, c'était un peu transparent pour moi. Jme suis pas trop rendu compte de ça. Après ce qui est sûr c'est que euh, ce côté où tu supervises sur intervention chez les SP etc., bin c'est quelque chose que j'essaie de reproduire sur euh, sur euh, à l'hôpital c'est à dire que je suis rarement enfin j'y suis mais dès que je peux me retirer du contact du malade jvais me retirer pour pouvoir superviser les autres en fait. Voilà mes collègues. En disant attention fait ci fait ça. Voilà et être moins sur le malade quoi. Pour que sa marche. Après voilà, on a tout le côté pédagogique, dès fois jvais me mettre au contact du malade et c'est l'autre qui va le faire et puis après on va débriefer. Et puis voilà.

Moi : ok ça marche, et euh, est-ce que pour toi c'est complémentaire d'être ISP ou plutôt un handicap.

IDE N°3 : Alors euh, en fait si jpeux en fait se serait différent. Est ce que c'est un handicap ou complémentaire d'être sapeur-pompier et pas ISP. Euh pourquoi jdis sa, parce que en fait, t'es infirmier et SP donc tu dois savoir gérer le côté IDE mais aussi le côté SP et euh, notamment dans le secours à victime les gestes d'urgences techniques de prise en charge des patients … et ça en fait c'est clairement bénéfique sur l'arrivé des patients aux urgences, nous c'est beaucoup de polytraumatisés, euh enfin voilà et donc euh du coup lorsqu'ils arrivent, en fait je parle le même langage que les SP euh,

*(Interrompu par un collègue qui lui amène son sandwich).*

IDE N°3 : Long silence, réfléxion. Je parle le même langage qu'eux, que mes collègues il parle un langage IDE à l'hôpital et des fois ils comprennent pas. Un exemple lorsqu'on fait un relevage, un transfert du brancard des pompiers sur le nôtre, au lieu de compter un deux trois, jleur parle en technique pompiers attention pour lever, levé. Et là, ils le comprennent que 1,2, 3 ils comprennent pas et euh surtout ils arrivent dans une atmosphère qu'ils connaissent pas du tout, euh , ils arrivent directement dans le bloc opératoire et euh donc du coup ils sont complétement déstabilisés, en panique et donc du coup ça aide qui ait déjà des repères, ne serais que dans le langage et du coup ils arrivent à identifier un mec qui connait à l'hôpital et donc un peu le leader, quoi.

Moi : très bien. Pour moi c'est tout. Veux-tu rajouter quelque chose ?

IDE N°3 : non c'est bon. J'ai répondu à tes questions ?

Moi : oui oui très bien. Merci encore.

*Nous discutons ensuite de mon prochain lieu de stage, si j'ai trouvé un poste et de mon futur projet profesionnel.*

4

Verbatim N°3 : IDE N°3

IDE N°3 : Bonne journée, à plus tard !

Méthode **L'ABCDEF** : méthode sert à décrire la procédure d'intervention pour les urgences médicales extra-hospitalières :

**L**'état des lieux, observer la sécurité ;

**'** : Apostropher la victime, vérification de l'état de conscience ;

**A** : *airway*, libération des voies aériennes ;

**B** : *breathing*, ventilation pulmonaire ;

**C** : *circulation*, circulation sanguine ;

**D** : défibrillation OU *Disability* pour l'état neurologique (conscience, inconscience, déficit,...) dont la mesure est le score de Glasgow

**E** : environnement OU *expose* en cas de blessures traumatiques;

**F** : famille.

# XV. Résumé

Mots clés : compétence, expérience, apprentissage, transferts de compétences

Mon mémoire portait sur le domaine de l'urgence et plus particulièrement du lien entre la pratique de l'ISP et celle de l'IDE à l'hôpital. La question de départ était: l'expérience ISP influe-t-elle sur l'exercice quotidien ? J'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs auprès d'ISPV. Les entretiens ont été enregistrés et fait dans des lieux divers (domicile, école…). Les résultats ont montré que les professionnels ont à peu près la même vision des notions de compétences, d'expérience, et de transfert de compétences. C'est-à-dire que l'expérience était un enseignement tiré du passé et un point de vue particulier. La compétence était contextualisée, finalisée et en lien avec l'autonomie. Le transfert était une activité mentale inconsciente faite à partir d'un isomorphisme de situation. Enfin, aucun des professionnels n'évoquent directement l'apprentissage. La question de recherche était : en quoi les compétences acquises dans un contexte ISP sont-elles transférables dans la pratique IDE ?

# XVI. Abstracts

Keywords : Skills, experience, learning, transfer of skills

My dissertation concerned the domain of the urgency and more particularly the link between the practice of the fireman's nurse and that of the nurse at the hospital.

The question of departure was: does the experience fireman's nurse influence the daily exercise? I chose to make semi-directive conversations with volunteer fireman's nurse. The conversations were recorded and made in diverse places (at home, school…). The results showed that the professionals have has little near the same vision of the notions of skills, experience, and know-how transmission. That is the experience was an education pulled of past and a particular point of view. The skill was contextualisée, finalized and in connection with the autonomy. The transfer was an unconscious mental activity made from an isomorphism of situation. Finally, none of the professionals do not evoke directly the learning. The question of research was: in what are the skills acquired in a context fireman's nurse transferable in the practice nurse ?