

L'ÉMERGENCE DES INFIRMIERS EN MILIEU SAPEUR-POMPIER : APPROCHE HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE

Par le Docteur Vincent Dubrous, ancien responsable pédagogique et infirmier-en-chef du service de santé et de secours médical (SSSM) à l'école nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (ENSOSP) et Monsieur Jean-Pierre Deschin, cadre supérieur de santé (ER), ancien infirmier-en-chef du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du Pas-de-Calais.

Introduction

L'organisation des services de santé et de secours médical des SDIS est une construction récente, datant d'une quinzaine d'année au plus, et qui n'est pas encore totalement aboutie à ce jour dans bien des services.

Si la place des médecins de sapeurs-pompiers volontaires, au sein des corps communaux de sapeurs-pompiers, remonte à 1956, celle des infirmiers est bien plus récente, toute au moins de façon formalisée.

Bien des difficultés ou incompréhensions ont émaillé l'émergence de ces professionnels de santé, avant tout au service des sapeurs-pompiers eux même au travers de la santé au travail, du soutien sanitaire et activités de formation ou logistique sanitaires, mais aussi au service de la population lors des interventions de secours à personnes.

Les auteurs sont convaincus que la compréhension des faits historiques relatant la construction de cette nouvelle identité professionnelle ainsi qu'une approche davantage sociologique constituent une grille de lecture clarifiant largement une vision souvent très parcellaire, locale et régulièrement troublée. Ces clés permettent sans doute de mieux comprendre comment nous en sommes là et envisager aussi quelques enseignements pour être dignes des enjeux du service public de secours de demain.

Il sera d'une part retracé les faits marquants de cette émergence, d'après le recueil de témoignages et fonds documentaires, tout en envisageant modestement quelques approches sociologiques inscrivant cette dynamique dans l'histoire plus générale des soignants, en particulier extrahospitaliers, en France ou dans d'autres pays ayant une antériorité conséquente dans des pratiques professionnelles approchantes.

I-L'HERITAGE DE L'HISTOIRE

La fonction de soignant de l'avant français: depuis 1732 !

La notion de soignant en situation pré-hospitalière se trouve en France dès 1732. En effet les ambulances volantes du Baron Larrey, chirurgien de Napoléon, disposaient d'un équipage composé de trois chirurgiens et d'un infirmier. C'est au sein de ces ambulances que le chirurgien Percy s'illustra lors des campagnes militaires de la Grande Armée.

Puis, dans la période 1889-1907, la ville de Paris mit en place un service ambulancier chargé, entre autre, de transporter les contagieux. Une infirmière avait la responsabilité de l'évacuation.

En 1890, sous l'impulsion du chirurgien-major de 2^{ème} classe Lepage, le corps des sapeurs-pompiers d'Orléans se dote de trois sapeurs-infirmiers, dont le chef est nommé caporal, chargés de porter secours à leurs collègues lors des incendies, puis, par extension aux victimes issues de la population éloignée des grands centres villes et par conséquent, le plus souvent dépourvue de médecin (Rivière, 2006, p. 83).

« En septembre en 1894, le congrès de la Fédération des officiers et sous-officiers de sapeurs-pompiers de France et d'Algérie, entérinera ce principe pour tous les corps de sapeurs-pompiers de France » (Couessurel, 2003, p. 2).

Le premier conflit mondial prouva l'intérêt de ces soignants de l'avant utilisés en masse : 60 000 infirmiers furent formés par la Croix-Rouge et 200 000 infirmiers militaires participèrent aux secours des combattants de tous pays.

Mais paradoxalement, le manque de soldats en 1916 fit que les armées envoyèrent leurs infirmiers au front... comme combattants où ils furent décimés... comme leurs compétences qui firent cruellement défaut ! On se retrouvait alors, non pas dans le « transfert » des compétences mais dans leur transgression.

Ces infirmiers militaires furent oubliés au bénéfice des 60 000 soignantes bénévoles de la Croix-Rouge française, de l'Union des Dames de France, de la Société de secours aux blessés militaires,... Pendant la guerre d'Indochine, Geneviève de Galard, infirmière diplômée exerça en qualité de convoyeuse de l'air au sein de l'armée française. A sa demande, elle rejoint le conflit en Indochine à partir de mai 1953 et s'illustrera, entre autres, à Diên Biên Phu, au côté du docteur Paul Grauwil, médecin-chef de l'hôpital de campagne. Seule femme dans le camp, alors que les autres personnels médicaux masculins y étaient plutôt hostiles, elle mit en place un soutien sanitaire des soldats en

essayant d'améliorer les déplorables conditions d'hygiène et d'alimentation, en soutenant le moral des troupes et participera aux soins d'urgence et à l'accompagnement des innombrables mourants.

Du côté américain :

Lors du second conflit mondial, l'armée des États-Unis d'Amérique projeta sur le front ses infirmiers militaires en positionnant les infirmières dans les postes de soins de l'avant tout en renforçant les hôpitaux de l'arrière.

Par cette préservation des compétences, l'US ARMY a permis de sauvegarder des centaines de milliers de vies.

Les progrès technologiques bondissant en période de guerre, les soins hospitaliers n'échappèrent pas à la règle : transfusions sanguines ou de plasma, perfusions, apparition de seringues auto-injectables de morphine, antibiothérapie précoce, etc.

La symbolique ne fut pas de reste puisque des galons d'officiers de l'US ARMY furent attribués à ses soignantes.

Un tournant majeur : la guerre du Vietnam :

L'armée américaine confirma l'intérêt des soins infirmiers de l'avant, et créa la profession de « paramédic ». Technicien spécialisé de l'urgence, en particulier traumatologique et donc fondamentalement balistique lors de ce conflit, ces soignants disposaient d'une formation adaptée aux compétences attendues sur le terrain, sans toutefois atteindre le niveau infirmier qui nécessitait en plus des compétences en soins intra-hospitaliers, de nursing, d'aide psychologique et de réadaptation.

Née de la guerre de Corée en 1950, l'ambulance aérienne et ses hélicoptères, avec ses « paramedics » voire infirmiers embarqués porta ainsi secours à 372 947 combattants blessés entre 1965 et 1969 lors du conflit du Vietnam (2nd Field Ambulance Past Members Association, 2012).

Depuis, la corporation de « paramédic » est quasi universelle. On la retrouve effectivement dans la plupart des pays du globe disposant d'un dispositif d'aide médicale d'urgence développé, regroupant plus de 750 000 techniciens médicaux d'urgence, non médecins, à quelques exceptions près, dont la France (Sanders, 2001, p. vi).

Pour ces systèmes largement majoritaires basés sur des secours « paramédicalisés », il s'agit de la transposition de compétences initialisées en temps de guerre et développées en pratique civile du temps de paix.

La France des années 1946 à 1970 :

Point de standardisation des prises en charge, de matériels spécifiques, de vecteurs aériens !
L'expérience orléanaise et les vœux de nos anciens de la fin du 19^e siècle sont tombés dans l'oubli...

Les secours aux blessés et malades sont assurés de façon particulièrement disparates : les acteurs sont ambulanciers privés agréés ou non, municipaux, artisans taxis, secouristes associatifs notamment en postes de secours routiers des routes nationales lors des migrations estivales, sapeurs-pompiers, ambulances des usines de métallurgie, sidérurgie, des sociétés minières, ... sans oublier un acteur majeur en zone urbaine, en particulier à Paris : police-secours.

Disparité des formations, des matériels, des organisations, des compétences. C'est le début d'une mosaïque des secours dont les infirmiers sont désormais absents remplacés par des conducteurs municipaux, sapeurs-pompiers communaux permanents, artisans, gardiens de la paix, etc., régulièrement seul dans le véhicule !

Néanmoins, la fonction soignante professionnelle se retrouve localement sous la houlette de visionnaires avant-gardistes comme le Professeur Cara créant la première structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) inter hospitalier, destiné au transport des insuffisants respiratoires, à Paris en mai 1956 ; l'ambulance SOS au centre hospitalier d'Arras (1966), SOS Nancy avec le Professeur Larcen en étroite collaboration avec le centre de secours principal de sapeurs-pompiers de Nancy qui fournit ambulances et conducteurs ; création du premier service d'aide médicale d'urgence (SAMU) à Toulouse par le Professeur Lareng en 1968, suivant le concept de régulation médicale initié préalablement par le Professeur Serre à Montpellier.

La véritable épidémie des accidents mortels de la circulation routière oriente aussi largement le principe de médicalisation des secours : première expérience « SMUR routier » à l'antenne médicale de secours routiers de Salon-de-Provence avec le Professeur Bourret en 1957, suivie par celle d'Avignon en 1967 avec le Docteur Dufraise. Le Professeur Arnaud, neurochirurgien à Marseille étudie, durant cette période, la physiopathologie en traumatologie routière et met en évidence les conséquences désastreuses de gestes inadaptés lors de premiers secours, ce qui milite en faveur d'une formation spécialisée.

D'autres pères fondateurs de l'aide médicale urgente emboîtèrent le pas : le médecin général René Noto à la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, le Professeur Pierre Huguenard, dans le Val-de-Marne, pour le compte de l'Assistance-Publique, Hôpitaux de Paris. Tous deux, ont normalisé la composition des équipages de leurs ambulances de réanimation : l'équipe pluridisciplinaire soignante grâce au trinôme conducteur sapeur-pompier ou ambulancier diplômé, médecin et infirmier.

Ensuite le monde hospitalier s'est employé à développer le concept original français de médicalisation des secours avec ses pierres angulaires SAMU et SMUR.

Maintenant revenons un peu vers les sapeurs-pompiers et précisons notre regard.

II-LE SERVICE DE SANTE DES SAPEURS-POMPIERS CIVILS :

Si les médecins sont officiellement investis des visites d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers depuis 1956, les infirmiers restent peu visibles... Pourtant ils existaient au sein de certains corps de sapeurs-pompiers en tant que volontaires, comme tous les autres, voués ponctuellement à des gestes techniques infirmiers lors des secours routiers et autres secours aux personnes, bien que les sapeurs-pompiers ne l'assuraient pas partout.

Parfaitement intégrés au sein des corps communaux, ils exerçaient toutes les activités opérationnelles dont l'incendie, la désincarcération et les opérations diverses, selon leurs grades, aux côtés de leurs collègues regardés comme lui, sapeur-pompier polyvalent à part entière. Après cette période d'ombre, une nouvelle époque s'ouvre en 1982-1983.

Nuançons notre propos par un cas de figure singulier, celui de l'élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM).

Effectivement, une activité particulièrement originale et spécifique dans le domaine soignant s'est d'ores et déjà démarquée à partir de 1985 : Agnès Petit, infirmière-en-chef du SDIS du Gard y assure des fonctions d'encadrement des soignants en coordonnant les ressources humaines et matérielles et les mettant à disposition des activités médicales et chirurgicales .En effet, à l'issue du retour d'expérience du tremblement de terre de Mexico, l'ESCRIM, né de la réunion du détachement d'appui chirurgical du SDIS du Gard et du détachement d'appui médical et d'hospitalisation des unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile, a été projeté à l'étranger, une dizaine de fois sous l'égide de la bannière tricolore.

La sortie de l'ombre :

Des pompiers infirmiers du département des Bouches-du-Rhône publient un premier document « Pour un secours infirmier chez les sapeurs-pompiers » (Joly, Revault, & Magurno, 1982).

Un lieutenant de sapeurs-pompiers volontaires, chef du corps de Vitry-en-Artois, dans le Pas-de-Calais, par ailleurs cadre infirmier en service infirmier hospitalier public, écrit un mémoire au Président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF).Son objectif était de montrer qu'il s'agissait de constituer un ensemble de professionnels visant une évolution et une prise en compte des aspects sanitaires sapeurs-pompiers autour d'un service pluridisciplinaire totalement intégré et organisé dans une structure globale, le futur SSSM des SDIS; et non un professionnel isolé apportant une valeur individuelle à une structure locale (Deschin, Pour un service

infirmier chez les sapeurs-pompiers français (mémoire non publié à l'intention des Présidents de la FNSPF et du SNSPP-CFTC), 1983).

Dans les Alpes-Maritimes, au corps de Vence, un lieutenant de sapeurs-pompiers volontaires fait des études d'infirmier et propose également un mémoire (Cecon, 1988).

A l'instar de l'US Army,... mais vingt ans plus tard (!), on retrouve la spécificité de soignant : secourir et soigner, renforcer l'action et l'assurance des sapeurs-pompiers secouristes. L'impact sur le matériel est visible : du car police-secours universel, on est venu aux VSAB qui progressivement se médicalisèrent pour devenir souvent, voire exclusivement, comme dans le Gard à cette période, des ambulances de réanimation dotées d'électrocardioscope défibrillateur, de solutés de perfusion, de médicaments injectables, de matériel d'intubation, de ventilateur, etc.

Cette prise de conscience existentielle émanantes des pratiques soignantes du terrain mais en ordre dispersé sur le territoire fait sortir ces acteurs de l'ombre au grand jour par le congrès du service de santé des sapeurs-pompiers à Versailles en 1990.

L'opportunité d'une rencontre avec quelques officiers de sapeurs-pompiers, interpellés par ce courant émergent, ou acquis à cette idée, de par leur propre passé d'infirmier, comme le colonel (ER) Denis Munsch, le lieutenant Jean-Pierre Deschin, va mettre en exergue leur besoin d'être ouvertement identifié en qualité de professionnel de santé. L'idée de l'infirmier sapeur-pompier est née !

En février 1991, ces quelques pionniers s'adressent aux Présidents de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF) et d'une organisation syndicale (SNSPP-CFTC) qu'ils interpellent en faveur d'un service infirmier chez les sapeurs-pompiers (SNSPP, 1991)

Le 4 février 1991, se tient à la direction de la sécurité civile, la première réunion sur le projet d'un nouveau service de santé et de secours médical. Il s'en suivra des dizaines !

Ce projet sera porté sur le fond relatif à l'exercice professionnel par Denis Munsch, le Docteur Christian Lembeye et Jean-Pierre Deschin. Le représentant médical de la FNSPF étant, dès le début des travaux, le Docteur Claude Gonzalez qui a su démontrer à l'administration centrale que si elle ne savait pas fonctionner sans « ses secrétaires administratives, lui ne saurait se passer d'infirmiers » !

Notons au passage que ces deux médecins, avant de devenir professionnels puis médecins-chefs, furent tout d'abord médecins de sapeurs-pompiers volontaires, eux- aussi ayant vécu les pratiques soignantes de terrain, le plus souvent seuls aux côtés des sapeurs-pompiers secouristes, éloignés des structures hospitalières.

L'époque de l'émergence :

De septembre 1990 à mai 1996, les militantismes fédéral et syndical ont porté de multiples réunions de travail, de conception, de communication, à l'occasion de leurs congrès respectifs.

En 1990, le congrès organisé pour le service de santé par la FNSPF à Versailles offre la première rencontre entre professionnels de santé praticiens de terrain par-delà les représentants fondateurs qui bâtissaient le canevas du futur service de santé.

Le 17 octobre 1991, le Président de la FNSPF, le colonel (ER) Bernard Janvier normalise la problématique des infirmiers chez les sapeurs-pompiers.

Un colloque mixte (FNSPF-SNSPP-SDIS 44) se tient à Nantes en 1992.

Il s'agit alors de répondre à la question : « comment s'organiser et faire reconnaître nos compétences ? ».

S'en suit le congrès du SSSM à Nîmes, quelques mois plus tard, qui étudiera la manière de se faire admettre dans la « maison » sapeur-pompier. Les conseils juridiques et stratégiques d'un professeur de droit, Hubert Xueref furent particulièrement précieux pour traduire des convictions professionnelles parfois passionnelles en rhétorique compréhensible et acceptable par l'administration.

L'aspect technique n'est pas non plus en reste avec, en octobre 1993, les premières journées co-organisées, à Mont-de-Marsan par la revue Urgence pratique et le SDIS 40 sous la houlette de son médecin-chef Christian Lembeye. Elles réunissaient les quatre professions du SSSM autour d'aspects scientifiques concourant aux bonnes pratiques d'exercices professionnels, comme le concept naissant d'hygiène des VSAB.

Le cadre conceptuel avec ses missions, ses acteurs, ses matériels se dessine mais il manque le cadre législatif : un texte officiel fondateur dans lequel figurera les médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les vétérinaires s'avère indispensable.

A Melun, le 18 mars 1995, le colloque national des infirmiers « coordinateurs » fait le point sur l'évolution de la préparation des textes et en consolide les orientations.

La visibilité institutionnelle est accrue par la nomination, par arrêté¹, d'un infirmier au comité d'expertise et d'évaluation des SSSM, par décision du ministre de l'Intérieur Charles Pasqua.

En septembre 1995, au congrès fédéral de Montpellier, le Président Bernard Janvier confirme son soutien aux infirmiers.

¹ Arrêté du 2 mars 1995 portant nomination des membres du comité d'expertise et d'évaluation des services de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers

Mais la fonction soignante est contestée et la formation bloquante ! :

Contre toute attente, la mise en valeur des fonctions soignantes de l'avant a du plomb dans l'aile... sous la pression de certains lobbies, hospitalo-universitaires. La tournure devient davantage politique.

Un écueil alors surgit à l'horizon : celui de la formation ! En effet, celle-ci est un enjeu pour l'évolution du dossier infirmier tant pour les volontaires que les futurs professionnels : volonté d'une formation de qualité, mais courte pour respecter la disponibilité des volontaires, en particulier libéraux, crainte concernant son coût, approche prudente du monde universitaire dont le label est cependant indispensable à la validation des pratiques soignantes, nécessité d'une entente interministérielle, crainte des professionnels de santé face à des contraintes nouvelles,... La loi de 1996 promulguée, concrétise les efforts mutualisés... enfin !

La Direction de la sécurité civile (DSC) de l'époque édite alors un livre blanc (Ministère de l'intérieur-Direction de la sécurité civile, 1996) consacrant une page et demi aux infirmiers. L'existence sur le papier est là... mais sur le terrain, les choses ne sont pas si simples comme nous le verrons plus loin dans l'approche sociologique.

De même, la FNSPF publie son Guide du SSSM (Fédération nationale des sapeurs-pompiers français, 1996).

En janvier 1997, une ultime réunion des infirmiers coordinateurs départementaux au SDIS de Saône-et-Loire permet les dernières mises au point pour la rédaction du décret relatif aux SDIS en présence des deux locomotives du mouvement : le colonel Bernard Janvier et le Docteur Claude Gonzalez.

L'époque de la reconnaissance :

Le 26 décembre 1997, le décret 97-1225 portant organisation des SDIS voit figurer l'infirmier volontaire ou salarié en l'article 25, avec des missions réglementées en l'article 24. Elles ne sont pas cloisonnées par profession de santé mais dévolues au service de santé et de secours médical dans sa globalité ; charge à son médecin-chef d'en reporter les activités et tâches selon les compétences des différentes professions : médecins, infirmiers, pharmaciens et vétérinaires.

En mai 1998, au 9^e congrès national du SSSM, les infirmiers sont présentés au ministre de l'intérieur. La formation des infirmiers de sapeurs-pompiers y est détaillée en point d'orgue.

Et ses vides subsistant !

Le port des tenues et leurs insignes de grades et attributs ou la saga des galons :

Conformément à l'usage d'insignes de grades et attributs sapeurs-pompiers, le sujet étant immensément plus important et sensible qu'il n'y paraît, la saga des insignes de grades et attributs des infirmiers commence. Elle ne se stabilisera qu'en mai 2008, après une période de vide juridique

suivie de 3 textes officiels successifs et conjoncturellement contradictoires ! Nous y reviendrons plus loin.

La formation :

Comme nous l'avons indiqué, le sujet de la formation s'est avéré rapidement capital car son déblocage était nécessaire avant toute parution d'arrêté d'application en lien avec les textes statutaires.

C'est ainsi que de juin 1995 à mars 1999, se sont déroulées des négociations positives en vue d'une formation validante : validation d'un cursus initial d'officiers de sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires par un brevet, mais aussi de capacités relevant de l'exercice de l'art dans le domaine de la santé publique (devenue depuis la santé au travail) et les soins infirmiers d'urgence permettant au lauréat de se voir décerner un diplôme inter-universitaire d'infirmier de sapeurs-pompiers volontaires². Les professionnels seront aussi concernés quelques années plus tard.

L'existence officialisée :

Le décret du 10 décembre 1999³ accordera l'existence officielle des infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires, bien que cela ait été envisagé, ils ne seront pas appelés lieutenants infirmiers, le terme initialement retenu et inscrit au projet de texte sur les volontaires ayant été retiré, en séance plénière conclusive à la DSC, à l'exigence expresse d'une organisation syndicale.

Le décret du 16 octobre 2000⁴, scellera l'existence des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels. Ce statut se démarquera de ceux des autres corps ou cadres d'emplois hospitaliers, territoriaux, d'État ou du service de santé des armées, par l'absence d'évolution en catégorie A, par défaut d'avoir retenu la spécialité d'infirmier-anesthésiste DE ou (et) au moins un grade de cadre, existant partout ailleurs.

Le chantier de la formation s'est mis en route tout azimut :

Création d'un poste d'infirmier à temps plein à Nainville-les-Roches en 1999, mise en œuvre des formations pour les volontaires en 2000 puis sorties des premières promotions de professionnels à Nainville-les-Roches en 2002 et 2003, puis de la troisième promotion qui inaugure, fin août 2004, les locaux provisoires du site d'Aix-en-Provence au tout début de la délocalisation de l'ENSOSP.

² Arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires

³ Décret n° 99-1039 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

⁴ Décret n°2000-1009 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

2005 verra le lancement des formations d'adaptation à l'emploi de chefferie et de groupement puis de formations de spécialités comme celle d'infirmier coordinateur des chaînes et dispositifs sanitaires⁵.

Grâce à l'appui inconditionnel de son conseiller médical, le médecin-général (2S) Henri Julien, plusieurs documents officiels, confortent l'exercice infirmier en milieu sapeur-pompier comme la fiche technique sur les protocoles, sous l'égide de la DSC, diffusée en 2004. Elle présente les conditions de réalisation sous forme synthétique avec un logigramme (Ministère de l'intérieur-Direction de la sécurité civile, 2004). Différentes circulaires sont aussi à noter, notamment celle explicitant la nécessité de choix de la filière SSSM pour exercer en qualité d'infirmier es qualité ou de conserver celle d'origine pour les anciens « képis noirs », afin d'empêcher la situation de «double casquette»⁶ ainsi qu'une seconde circulaire relative au référentiel des SSSM des SDIS, celle-ci présente deux propositions d'organigramme, des fiches emplois et des modalités d'organisation.⁷

L'époque contemporaine : le retour ... de l'infirmier de l'avant ! :

Il faut attendre 2008 pour voir le secours à personne promulgué comme sujet prioritaire, digne d'enjeux et d'avenir (SNSPP-CFTC, 2006). La reconnaissance de plus de 4000 infirmiers de sapeurs-pompiers a contribué à la création d'un « nouveau » dispositif : le concept de réponse adaptée (ou graduée), faisant appel à des compétences complémentaires de niveau professionnel croissant, échelonnées chronologiquement et selon la gravité : secouriste, infirmier, médecin. Y est donc inclut, une paramédicalisation à la française, appelée par certains médecins-chefs de SDIS, médicalisation sur protocoles infirmiers de soins d'urgence.

Notons qu'un premier article sur la réponse graduée datant de juin 2003 en avait déjà décrit le concept (Deschin, Dubrous, & Lelaurain, La réponse graduée, 2003).

La réponse adaptée fut l'objet de longs débats lors de l'écriture du référentiel intérieur-santé relatif au secours à personnes. L'adoption du concept se concrétisa par présentation au Conseil des ministres du 23 juillet 2008 : « les secours seront plus efficaces car ils mobiliseront de nouveaux acteurs et bénéficieront notamment du concours d'intervenants mieux formés. En reconnaissant le rôle des 4000 infirmiers de sapeurs-pompiers, le nouveau dispositif permet de faire appel à des

⁵ Arrêté interministériel du 16 août 2004 relatif à la formation des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

⁶ Circulaire DSC 10/DC/N° 00-356 du 6 juillet 2000 prise en application du décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

⁷ Circulaire NOR/INT/E/03/00102/C du 23 octobre 2003 relative au référentiel des services de santé et de secours médical des services d'incendie et de secours.

compétences supplémentaires. Par ailleurs, la formation des intervenants sera améliorée » (Ministère de l'intérieur- Ministère de la santé, 2008)⁸.

Là aussi, un point particulièrement fort, cristallisant les négociations, fut le rôle à accorder aux infirmiers sapeurs-pompiers protocolés.

Le chantier de la catégorie A :

Il s'ouvre à partir de 2004 et se conclura par le décret portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels le 23 décembre 2006⁹. Les principales missions de ces cadres infirmiers y sont décrites.

L'arbitrage interministériel fut nécessaire et dans ce dossier également, la formation fut un élément bloquant car objet de multiples enjeux.

En effet il fallut trouver un terrain d'entente entre le ministre chargé de la santé et celui de l'intérieur pour donner le feu vert à un dispositif de formation original : obtention d'un double diplôme, le brevet d'infirmier d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels, obtenu après un cycle de scolarité à l'ENSOSP, et le diplôme universel de cadre de santé concluant les études en Institut de formation des cadres de santé, parmi les douze établissements conventionnés partenaires.

Dans ce dossier aussi, la FNSPF a également joué un rôle d'appui inconditionnel par son Président, Richard Vignon.

III-UNE HISTOIRE TROUBLEE PAR DES REPERES NON CONVENTIONNELS :

Beaucoup d'autorités d'emploi, leurs états –majors administratifs, de commandants d'unités fonctionnelles ou opérationnelles, mais aussi d'infirmiers eux-mêmes ont manqué de repères lors de l'émergence et de la structuration véritable des SSSM, en particulier concernant la composante infirmière.

Beaucoup d'hésitations, d'expérimentations avortées, de décisions aux confins de la légalité, de pratiques hétérogènes parfois sans encadrement, de recrutements hasardeux, de mises sur le terrain opérationnel sans formation, de confusion des genres pour les infirmiers issus de la filière incendie–commandement avant de faire le choix d'intégrer le SSSM, la politique des « doubles casquettes »

⁸ Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise ne œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente

⁹ Décret n° 2006-1719 du 23 décembre 2006 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels

ont profité de cet état de fait original dans un système par ailleurs particulièrement cadré.

Examinons maintenant les principales causes identifiables.

Choc des cultures et différences sociologiques

Il s'agit de la confrontation de cultures initialement étrangères l'une à l'autre, bien qu'elles se révélèrent par la suite complémentaires : celle des sapeurs-pompiers très riche en traditions ; d'une histoire ancienne ; du rassemblement et d'une harmonisation autour de la départementalisation, avec son cortège de textes , normes puis référentiels, règlements ; de la prégnance de la hiérarchie institutionnelle, avec sa traduction par l'affichage du système de grades comme chez les militaires ; du remplacement progressif de la culture de l'oralité par l'écrit ; la professionnalisation très marquée de l'encadrement et du commandement ; de valeurs issues de la puissance publique : courage, dévouement, efficacité ,sens du devoir...et fière d'une reconnaissance particulièrement marquée de la population.

Sociologiquement l'organisation des SDIS peut s'apparenter à une organisation bureaucratique, du type de celle à domination légale, selon le modèle de Weber (ici le SDIS, modèle de l'établissement public administratif) et para-militarisée : organisation immanente, structurée pyramidale, régulée identitairement par un système de normes, à contribution matérielle essentiellement locale, par relai de carence étatique issue d'une décentralisation partielle (1982, pilotage des compétences incendie et secours par le préfet, représentant de l'Etat)...mais aussi héritière d'une déconcentration plus lointaine (1882, proposant une state décisionnelle municipale au domaine de la sécurité).

Une autre caractéristique sociologique en est le structuralisme conditionnant l'action par l'organisation, comme l'on présenté Bernoux (Sociologie des entreprises, 1999, pp. 111-130) (la sociologie des organisations, 1999) et Dortier (2009, pp. 426-429).

L'équivoque duale ou le complexe de Lorenzaccio (Havard, 2005) y est remarquable : on assiste en effet aux multiples dédoublements : directeur départemental-chef de corps départemental, organisation administrative-exercice de l'art des professionnels de santé, domaines opérationnel-fonctionnel, médecin-chef-direction du SSSM, directeur des opérations de secours-commandant des opérations de secours, les confrontations des tutelles Etat-Conseil général, etc.

Cette organisation n'est pas figée et différentes réformes territoriales, budgétaires, infusées par l'Europe, liées aux nouvelles valeurs sociétales (valeur travail, individualisme,...) ou exigences sociétales (de l'obligation de moyens vers celle de résultats dans certains domaines, part du social et du médical, spécialisations accrues, prise en compte environnementale, développement durable...) à l'évolution du management se traduiront sans doute par des glissements de modèles organisationnels voire de passage par un modèle dit en crise.

Pour ce qui concerne les infirmiers, leur organisation est plurielle car les modes d'exercices sont variés : hospitalier public en soins généraux ou secteur psychiatrique, établissements privés de soins ou pour personnes âgées, exercice libéral seul ou en groupes, fonction publique territoriale ou d'Etat (Education nationale, Institution nationales des Invalides, etc.), milieu industriel, associations employant des salariés, etc.

Les valeurs sont avant tout celles de soignant : humanité, empathie, compassion, éthique et déontologie, neutralité, etc. Les rapports hiérarchiques ne sont pas forcément aussi explicites que cela car il existe également souvent une hiérarchie implicite liée aux compétences reconnues, en lien avec la spécialisation, l'ancienneté, le système des faisant fonctions de cadre,...

Et surtout, les relations sociales ne sont pas constituées qu'avec les pairs, comme dans un centre de secours, mais avec des professions différentes dont certaines, en particulier à l'hôpital exercent le pouvoir : pouvoir médical, pouvoir administratif, pouvoir de la filière soignante hiérarchisée en directeurs de soins, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, infirmiers spécialisés et de soins généraux, aide-soignant, agents de service qualifiés, agent de service, au milieu d'une quinzaine de professions paramédicales.

Le port de grade n'est pas de mise, chacune de ces professions étant parfaitement capable d'identifier son positionnement, sa ou ses postures dans la structure. Le mode relationnel est plus récemment celui de la collaboration entre paramédicaux, cohabitant avec celui, traditionnel de l'exécution sur prescription médicale.

Le poids de l'histoire des infirmières, au féminin, issus des rangs des religieuses n'est plus visible mais on le perçoit encore indirectement dans le comportement de la profession d'infirmière, plutôt indifférent au syndicalisme, modestement rassemblée autour de l'Ordre infirmier à gestation et « accouchement aux forceps sans péridurale », globalement peu innovante en matière de recherches et de publications, contrairement aux américaines des Etats-Unis, du Canada ou aux Britanniques ou Belges.

Aussi l'insertion dans le système européen des études universitaires licence-master-doctorat (LMD) est-il encore timide, les pratiques avancées et nouveaux modes de collaboration entre professionnels de santé sont encore rares et peu connus alors que les expérimentations ont été particulièrement encourageantes et considérées comme des voies de raison ; tout corporatisme médical urgentiste exacerbé dans quelques milieux hospitalo-universitaires mis à part.

Des orientations stratégiques d'établissements hospitaliers se dirigent soit vers un mode bureaucratique ou soit vers un mode plutôt démocratique davantage adapté aux consultations externes, soins ambulatoires, santé mentale, plus favorables aux collaborations en équipe.

Crozier et Friedberg ont décrit ce pouvoir spécifique de « marginal sécant », régulièrement caractéristique des fonctions de cadres de santé ou d'infirmiers faisant fonction de cadre : « c'est-à-

dire d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires », dénommées « injonctions paradoxales » (1992, pp. 86;219-220).

A l'opposé, l'infirmier libéral, qui a néanmoins aussi des contraintes liées à sa clientèle et à la politique d'assurance maladie, fonctionne plutôt sur un modèle de culture d'entreprise (comme souvent en clinique privée à but lucratif) en cabinet de groupe ou de culture de métier en exercice isolé (Francfort, Osty, Sainsaulieu, & Uhalde, 1996) qui permet, dans une certaine mesure un choix de clientèle, du rythme de travail, contrôlant ainsi les revenus et la qualité de vie donc l'équilibre avec les activités secondaires (Sainsaulieu, 1988)... telles le volontariat infirmier en milieu sapeur-pompier.

Un professionnel de santé qui a un métier d'origine et qui l'exerce :

Différence notable avec les autres sapeurs- pompiers volontaires ou professionnels, les infirmiers du SSSM sont engagés pour exercer leur propre métier qu'ils n'ont donc pas à apprendre dans ses notions fondamentales... mais à exercer dans un autre milieu, souvent inconnu et aux valeurs différentes. Ce qui leur manque le plus c'est la culture sapeur-pompier ; or celle-ci est indispensable pour se forger l'identité de sapeur-pompier dont nous parlerons plus loin. Remarquons par ailleurs que l'infirmier de sapeurs-pompiers est l'un des rares agents opérationnels du SDIS, avec les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires, qui a lui-même trouvé le financement de sa formation initiale le conduisant au diplôme d'Etat, avant d'entrée dans l'institution. Leur « moule fondateur » est donc originalement extérieur au SDIS. Par conséquent, il n'y a pas de « stage de base », véritable parcours initiatique, qui scelle l'entrée, dans une activité totalement nouvelle de sapeur-pompier volontaire pour ceux exerçant par ailleurs dans un autre domaine que la sécurité, ou dans une profession dont le jeune sapeur-pompier professionnel ignore quasiment tout lorsqu'il est recruté en qualité de stagiaire, officier ou non (exceptée une vision focalisée antérieure éventuelle de sapeur-pompier volontaire).

Les insignes de grades et les appellations ou entre saga et confusions tout azimut :

Episode emblématique de la ténacité du tabou, des peurs de certains sur les signes extérieurs du commandement. Ainsi se sont succédé un vide juridique et plusieurs arrêtés ou annexes d'arrêtés d'habillement. La peur de la visibilité ostentatoire à la fois du rang d'officier mais aussi des attributs du « sachant » nécessita de sortir des textes officiels successifs, les uns après les autres abrogés au fur et à mesure de la diminution de l'inquiétude. Chacun était un compromis de circonstance, politiquement correct, en fonction du moment, sauf un qui contre toute attente présenta les

dispositions qui avaient été écartées des discussions paritaires avec l'administration centrale. Il fut très vite abrogé mais a accentué le brouillage empêchant la lisibilité du sujet et conduisant à de multiples confusions pas toujours involontaires...

Ainsi, pendant toutes ces années, plusieurs systèmes de galons se sont succédés ou ont cohabité avec des différences notoires d'un département à l'autre et quelquefois au sein du même établissement public : galons de la filière incendie-commandement de sapeurs, gradés, sous-officiers ou officiers pour les « doubles casquettes » ; puis lors de la période de vide juridique 3 modèles d'insignes de fonctions (centre de secours, groupement et chefferie départementale) avec caducée et feuilles de chêne inspirés de l'insigne officiel de la profession (lequel porte en plus la mention République française-santé publique et population) ; puis par l'arrêté « d'habillement » du 6 mai 2003 insignes de grade avec un ou deux galons « cul de dé bleu ciel » inspirés des galons des militaires techniciens des hôpitaux des armées en vigueur à l'époque ; puis la surprise des 3 insignes de grades avec fil(s) de laine argentée ; enfin 3 insignes de grade sur le modèle sous-lieutenant ou lieutenant en 2 versions de galons argent ou or pour les grades respectifs d'infirmier principal et d'infirmier-chef , rejoint par l'insigne de grade d'infirmier d'encadrement sur le modèle de celui de capitaine .

L'histoire n'est pas finie car les dispositions actuelles seront à réajuster lorsque surviendront les indispensables évolutions statutaires par parité avec la fonction publique hospitalière.

En effet, elle-même ayant modifié les déroulements de carrière¹⁰, les infirmiers diplômés d'Etat sortant en 2012 valideront le grade de licence professionnelle et étant d'emblée classés en début de carrière, en catégorie A de la fonction publique hospitalière pour ceux qui s'y dirigeront.

La saga des appellations a aussi joué son rôle de trouble-fête .Comme vu plus haut, le refus de l'appellation de « lieutenant infirmier » ou « d'infirmier lieutenant » a eu pour conséquence de trouver des appellations « originales », qui elles aussi se sont succédées au cours des textes officiels modificatifs, en induisant les classiques et multiples confusions entre le grade et la fonction.

L'arrivée des infirmiers étant récente, certains infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels (SPP) voire de sapeurs-pompiers volontaires (SPV) se sont vus occuper, par nécessité, les premiers postes en chefferie départementale SSSM aux côtés des médecins-chefs : confusion facile entre leur fonction d'infirmier de chefferie, dénommée à l'époque fonction « d'infirmier coordonnateur » puis « d'infirmier principal », avec le second grade... d'infirmier principal professionnel...lequel se dénommait... infirmier chef s'il s'agissait d'un volontaire... quant au troisième grade d'infirmier chef professionnel, quel que soit sa fonction, donc pas forcément en qualité de chef (!), il trouvait son

¹⁰ Protocole d'accord du ministère de la santé et des sports du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités

alter-égo volontaire au grade d'infirmier major... lequel correspondait à une fonction de responsable d'infirmier, nonobstant le grade... mais en milieu militaire !

Bref, un très bel imbroglio voulu par les textes officiels statutaires et d'habillement¹¹ qui présentaient des tableaux de correspondance de grades portant une appellation différente entre professionnels et volontaires et faciles à confondre avec des appellations de fonctions.

Pour cette raison, plus récemment, la fonction d'infirmier placé auprès du médecin-chef départemental s'appelle désormais infirmier-en-chef pour ne pas être confondue avec le troisième grade actuel d'infirmier-chef (fonctionnaire catégorie B ou volontaire) : logique dissociation grade-fonction, particulièrement valable dans les services ayant peu d'antériorité.

Dans le même esprit, l'alinéa de l'arrêté relatif au grade d'infirmier major de sapeurs-pompiers volontaires a été abrogé et les appellations sont désormais les mêmes pour la correspondance des 3 grades de volontaires et de professionnels de catégorie B : infirmier, puis infirmier principal, enfin infirmier-chef. Puis, le 23 décembre 2006 est apparu le grade d'infirmier d'encadrement de SPP, en catégorie A.

Remarquons que dans parmi la quinzaine de professions de santé non médicales (usuellement appelées paramédicales), toutes ont choisi, et ce dans les trois fonctions publiques ainsi qu'au service de santé des armées, depuis 1995, l'appellation générique de cadre de santé, sans faire mention expressément de la profession car leur compétence managériale et de formateur est regardée comme universelle, sauf... chez les sapeurs-pompiers ayant préféré l'appellation originale supra.

Des séquelles de l'échelle de temps aux représentations et identités professionnelles :

Une mise en place plutôt rapide à l'aune du temps administratif (une douzaine d'années seulement) ne se traduit cependant pas sur le terrain par la même échelle des temps.

Les attentes du commandement et celles des praticiens ont aussi eu du mal à coïncider dans le même espace-temps faisant que le travail attendu par les uns n'était pas forcément au rendez-vous ; par des infirmiers qui ne le produisaient pas toujours... tout en proposant parfois autre chose sans que cela soit désiré. Pourquoi cela ?

Par-delà les différences culturelles déjà évoquées, les difficultés d'intégration et de légitimité induites par des tenues et appellations jouant le trouble-fête dans une organisation hiérarchisée et codifiée, la principale difficulté d'intégration ne fut-elle pas celle de la légitimité par les compétences ?

Serait-ce sous-entendre que les infirmiers n'en avaient pas ? Certes non !

¹¹Arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'arrêté du 6 mai 2000 fixant les tenues, insignes et attributs des sapeurs-pompiers et pris pour l'application de l'article R. 1424-52 du code général des collectivités territoriales

Mais les compétences attendues par les sapeurs-pompiers, leurs états-majors et les médecins-chefs n'étaient peut-être pas les mêmes que celles que les infirmiers souhaitent offrir.

Effectivement, lors de l'arrivée des infirmiers, les SDIS, souhaitaient avant tout la mise en place d'une médecine d'aptitude de qualité (« arrêté 2000 », avec le fameux SIGYCOP) et espéraient des infirmiers une adhésion active et un engagement à la hauteur de leurs attentes. Or, la majorité des infirmiers venaient pour faire de l'opérationnel... que la plupart des services opérations ne souhaitent ou ne pouvaient pas (encore) leur offrir... et que le service public pré-hospitalier d'urgence voyait arriver d'un œil inquiet et réfractaire le plus souvent, il y a une dizaine d'années tout au moins. Si cette distorsion a épargné les infirmiers volontaires issus de la filière incendie-commandement ayant opté pour une intégration au SSSM, les bizuths du SSSM subirent de plein fouet cette difficulté bilatérale : « parlez-moi d'aptitude et d'examen para-cliniques... mais moi, que je viens, fasciné par le gyrophare, pour sauver des vies » !

Cela pose la problématique majeure des représentations et de l'identité professionnelles. Sapeurs-pompiers et infirmiers ayant souvent les uns des autres des représentations proches des images d'Epinal, à cent lieues des domaines d'activités réels.

Pensant que ce sujet reste d'actualité lors de l'entrée dans la profession pour les jeunes infirmiers diplômés, une étude universitaire en sciences de l'éducation s'annonce afin de mieux guider les nouveaux agents et de leur faciliter la compréhension du véritable milieu professionnel, dans lequel ils doivent s'intégrer en s'éloignant tant que de besoin de leurs représentations en partie imaginaires ou prématurées pour leur niveau d'impétrant.

Un facteur aggravant a rendu le sujet encore plus complexe : l'hygiène des VSAB.

Les chefferies SSSM départementales ont proposé aux directeurs départementaux la mise en place de procédures et protocoles d'hygiène des ambulances et matériels médico-secouristes à partir de 1998. Mais, pour que la bonne parole diffuse jusqu'au plus modeste centre de secours, les compétences en hygiène des infirmiers furent sollicitées certes légitimement, mais ne facilitant pas l'intégration de ces messagers aux mesures contraignantes, peu populaires, et dont l'intérêt ne sautait pas aux yeux des sapeurs-pompiers. Cette mise à l'épreuve fut renforcée par des difficultés d'ordre pédagogique rencontrées en particulier par des infirmiers étrangers à la pédagogie en milieu sapeur-pompier, représentée par les moniteurs de secourisme et les formateurs de la filière « FOR », dont les soignants ne faisaient pas souvent partie.

L'échelle des temps a donc interagi avec ces difficultés de fond et de forme, la visibilité d'actions de terrain alors que les textes officiels se faisaient attendre ayant pour conséquences des pratiques locales disparates, parfois même contradictoires...

IV-VERS UNE STABILISATION PLUS SEREINE :

Le rôle positif de la formation et de l'encadrement en faveur de l'intégration :

Pour que la véritable valeur ajoutée des infirmiers puisse se reconnaître auprès de sapeurs-pompiers, les deux principaux régulateurs se sont fait un peu attendre : la formation d'intégration et l'encadrement des soignants de terrain par des pairs dédiés eux même- formés... donc après leur propre passage en formation d'adaptation à l'emploi de groupement permettant l'encadrement de proximité puis de chefferie départementale pour le pilotage et la gestion des services : mais il fallut attendre 2005 !

Quant à la mise en place des infirmiers d'encadrement, il fallut attendre fin 2006 pour le statut et 2008 pour la première formation.

La formation à l'ENSOSP a largement contribué au brassage des cultures, à la découverte de l'existence préalable, puis la compréhension mutuelle, au partage de valeurs désormais communes et bien sûr à l'accès à des connaissances communes ou différenciées mais avec la perception, la reconnaissance et le respect de celles qui ne sont pas partagées (exercice du commandement versus pratique des soins par exemple) ; les bases de la complémentarité ont pu ainsi se poser avec une vision commune de service public. Maintenant des intervenants formateurs « képis rouges et képis noirs » officient séparément ou en binômes au bénéfice de chacune des deux filières incendie-commandement et santé-soins-conseil.

Nous devons pondérer ce propos par un fait interpellant : seuls 30% environ des infirmiers de SPV recrutés lors de la phase de recrutement massif (de quelques dizaines en 1998 à plus de cinq mille de nos jours avec une croissance annuelle de 500 recrutements par dans les années 2002-2008) passent par le cycle de formation organisé par l'ENSOSP en collaboration avec des universités de médecine partenaires, bien que cela soit règlementairement obligatoire. Cela explique aussi un niveau de prestations encore en partie disparate de nos jours.

Quand les compétences acquises rejoignent les missions attendues :

Le temps passant, un autre élément favorable à l'intégration plus harmonieuse des infirmiers est celui de la convergence des compétences d'infirmiers et des missions attendues en SDIS, induites par leurs domaines d'évolution et du dispositif d'aide médicale urgente.

Il s'agit, d'une part des compétences infirmières développées à l'issue des études professionnelles spécifiques, valorisées par l'expérience du terrain dans un ou des domaines non pompiers, alliées à celles acquises dans le parcours d'intégration et de connaissance du milieu sécurité civile dans les conditions dont nous avons parlé plus haut.

Et d'autre part, des orientations plus récentes des directions départementales des SDIS :

souhait du passage progressif d'une vision réductrice de l'aptitude médicale à celle plus ouverte et plus contemporaine d'hygiène, sécurité, prévention, santé en service, santé au travail y compris dans sa dimension de santé psychique; développement du soutien sanitaire qui en est la déclinaison opérationnelle ; reconnaissance bipartite intérieur-santé de la réponse graduée avec mise en œuvre de véhicules légers infirmiers dotés de protocoles de soins d'urgence prescrits par le médecin-chef du SDIS ; répercussions des politiques de santé publiques et de la démographie médicale ; rôle demandé dans la formation des sapeurs-pompiers dans le domaine des techniques et matériels bio-médicaux de secours à personnes. Cela met d'ailleurs fin aux confusions, parfois vécues comme concurrence avec les moniteurs de premiers-secours et aux relations ambiguës, à plus-value infirmière incertaine concernant les gestes secouristes au sens strict.

Précisons, en complément, que la reconnaissance passe aussi par l'activité commune dans le vif de l'action « faire la guerre avec, guerre du feu bien sûr »; le soutien sanitaire régulièrement organisé avant l'activité infirmière en secours à personnes mise en veilleuse pendant presque une décennie, a donné l'occasion de montrer l'activité soignante d'accompagnement sur le terrain, de prévention, de veille attentive, voire de soins curatifs, sous un jour positif.

Bref, ce champ de compétences plurielles et bien celui de l'infirmier de sapeur-pompier, formé et encadré dans un SSSM organisé et pluri-professionnel.

Le désormais large, choix de missions qui peut être proposé, permet d'agir sur la motivation des infirmiers, les fait accepter par leur réelle plus-value dans de multiples domaines qui correspondent aux besoins actualisés des SDIS qu'ils servent.

En fonction de leur organisation, de leurs choix stratégiques et de leurs déclinaisons tactiques, il est possible de proposer aux infirmiers des activités correspondant à leurs véritables compétences en alliant , suivant les besoins et budgets, motivation et capacités personnelles dans des orientations polyvalentes ou plus spécialisées, et ainsi d'intégrer le SSSM à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et au plan de formation de l'établissement public.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'émergence puis la construction des SSSM ne s'est pas fait sans difficultés, trop lentement pour ses pionniers-bâtisseurs, mais fort prestement à l'échelle des organisations administratives.

Les infirmiers, en particulier, ont cheminé sur un parcours chaotique, lié à leur propre singularité ou au milieu sécurité civile qui ne les attendait pas toujours. Il s'agissait davantage de savoir-être et de conditions d'exercice à mettre en œuvre habilement dans un univers nouveau qu'il fallait apprendre à comprendre.

Ces 5329 infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires confortés et guidés par 235 professionnels et encadrés par 63 infirmiers d'encadrement¹² constituent la force soignante professionnelle des SSSM des SDIS.

Les auteurs sont convaincus qu'il s'agit d'un véritable atout pour les SDIS, principalement dans deux domaines : celui à investir avec modernité de la santé au travail et celui du secours à personnes, activité opérationnelle majoritaire des sapeurs-pompiers, à connotation de plus en plus médico-sociale de par les évolutions et contraintes sociétales et budgétaires.

Rechercher les besoins, construire un savoir aux valeurs attachées, inventer les modes de réponse et l'organisation pour des soins de qualité, dans un univers géopolitique dont les repères de demain ne seront pas ceux d'aujourd'hui (Berland & Gausseron, Mission "démographie des professions de santé", 2002).

Pour que le résultat attendu soit à la hauteur des enjeux et besoins, il appartiendra aux infirmiers de faire vivre ces concepts en ayant mesuré la marge de manœuvre accordée pas seulement par l'institution, mais aussi par les instances de tutelles, triple pour eux: l'intérieur bien sûr, mais sans oublier la santé et maintenant l'enseignement supérieur pour partie des formations (dispositif LMD). La réforme des études préparant au diplôme d'Etat, en œuvre sous le prisme des compétences, voit sa première promotion sortir dans quelques mois. Les réformes des études de spécialités et de cadres, également selon la logique des compétences à promouvoir, sont en préparation.

De nouvelles coopérations entre professionnels de santé sont en train de voir le jour et l'ère du « transfert » de compétences se dessine en milieu sanitaire (Berland, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, 2003).

Avec le temps, se forgera sans nul doute une nouvelle culture soignante spécifique à la sécurité civile, sans toutefois renier l'orthodoxie de celle d'origine.

Toutefois, les auteurs estiment qu'une plus grande équité de prise en charge pré-hospitalière des urgences soit indispensable. L'organisation territoriale actuelle, offrant quelques variantes de prestations, parfois non des moindres, certains concitoyens ne bénéficient pas encore de la réponse adaptée (graduée).

Un nouveau pas vers le sens commun, l'unicité et la mutualisation, par-delà les actuels services contributifs au système d'aide médicale urgente, accompagné d'un soupçon de standardisation, sans pour autant en faire un carcan, nous semble d'une actualité politique opportune et de raison. D'autres pays européens se sont effectivement engagés dans ces nouvelles voies... avec un certain succès, tant médical qu'économique.

¹²Statistiques 2010 DGSCGC (info SDIS)

Bibliographie en collaboration avec Jean-Pierre Le Bastard et Laurent Pondaven, infirmiers d'encadrement de sapeurs-pompiers professionnels à l'ENSOSP

- (2012, Mars 12). Récupéré sur 2nd Field AmbulanceastP Members Association: www.2ndfieldambulance.com
- Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Berland, Y., & Gausseron, T. (2002). *Mission "démographie des professions de santé"* Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Bernoux, P. (1999). *la sociologie des organisations*. Paris: Editions du Seuil.
- Bernoux, P. (1999). *Sociologie des entreprises*. Paris: Editions du Seuil.
- Ceccon, P. (1988). *Et pourquoi pas des infirmiers sapeurs-pompiers? (mémoire non publié de fin d'études d'école des infirmières du CHU de Nice)*. Nice.
- Couessurel, N. (2003). *Contexte juridique et institutionnelle du service de santé et de secours médical (mémoire non publié de DESS de droit de la sécurité civile et des risques)*. Université d'Avignon.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système*. Lonrai: Editions du Seuil.
- Deschin, J.-P. (1983). *Pour un service infirmier chez les sapeurs-pompiers français (mémoire non publié à l'intention des Présidents de la FNSPF et du SNSPP-CFTC)*.
- Deschin, J.-P., Dubrous, V., & Lelaurain, V. (2003, Juin). La réponse graduée *Le sapeur-pompier magazine*.
- Dortier, J.-F. (2009). *Les sciences humaines, panorama des connaissances*. Paris: Editions Sciences Humaines.
- Fédération nationale des sapeurs-pompiers français .(1996). Guide du SSSM. *Le sapeur-pompier*.
- Francfort, I., Osty, F., Sainsaulieu, R., & Uhalde, M. (1996). *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Havard, M. (2005). *La symbolique de l'ombre et de la lumière dans Lorenzaccio de Musset sous l'influence de Shakespeare (Mémoire de maîtrise de Lettres Modernes)*. Université de Perpignan.
- Joly, R., Revault, N., & Magurno, J. (1982). *Réflexion sur l'intégration d'un infirmier aide-anesthésiste à bord des véhicules de sapeurs-pompiers (rapport non publié à l'intention de l'inspecteur départemental des services d'incendie et de secours des Bouches-du-Rhône)*.
- Ministère de l'intérieur- Ministère de la santé. 008,(2 juin 25). Référentiel commun, organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente.
- Ministère de l'intérieur-Direction de la sécurité civile. (1996). Livre blanc du SSSM. Asnières-sur-Seine.
- Ministère de l'intérieur-Direction de la sécurité civile. (2004). *Les protocoles de soins d'urgence*. Récupéré sur http://www.interieur.gouv.fr: http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_1_interieur/defense_et_securite_civiles/sapeurs_pompiers/sdis/sssm/downloadFile/attachedFile_2/Protocoles.pdf?nocache=1255617922.72
- Rivière, A. (2006). Evolution de la mission "secours à personnes". Dans *L'encyclopédie des sapeurs-pompiers* (pp. 82-87). Paris: Hachette collections.
- Sainsaulieu, R. (1988). *L'identité au travail*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Sanders, M. J. (2001). *Paramedic textbook*. Saint Louis, Missouri: Mosby.
- SNSPP, C. (1991, Octobre). Spécial SSSM. *Pleins feux*.

SNSPP-CFTC. (2006). Devenir du secours aux personnes, place des sapeurs-pompiers dans le concept de la réponse graduée *Pleins. feux.*