

Infirmières et ambulanciers : quelle collaboration optimale ?

Travail de Bachelor

Adèle MESNIL
Sophie FONTAINE
N° matricule : 08576985
N° matricule : 08580803

Directrice : Marianne Berthoud – Chargée d'enseignement HES,
HEdS-Genève

Membre du jury externe : Valérie Vichet - Maître de formation
professionnelle à l'École de Soins Ambulanciers, Genève, et Infirmière FSU,
Chargée d'encadrement au Service des Urgences, HUG

Genève, septembre 2012

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, Madame Marianne Berthoud pour son soutien et ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous exprimons également notre reconnaissance à notre juré, Madame Valérie Vichet, pour sa disponibilité, son soutien et sa présence à notre soutenance.

Des remerciements aussi à :

- Monsieur Bernard Rob pour son soutien et ses précieux conseils.
- Et tout particulièrement aux trois infirmières et aux deux ambulanciers que nous avons interviewés pour le temps qu'ils nous ont accordé, avec leur ouverture d'esprit et leur authenticité pour les réponses à nos questions. C'est grâce à eux, que nous avons pu réaliser ce travail et obtenir des résultats concernant notre questionnement.

Enfin, nous remercions grandement nos familles respectives pour leur participation et leur soutien tout au long de ces mois de travail.

Adèle et Sophie

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 3 septembre 2012

Adèle Mesnil et Sophie Fontaine

Résumé

Notre sujet de travail de Bachelor a pour thème la collaboration entre les infirmières et les ambulanciers. Nous nous intéressons aux éléments qui pourraient influencer leur collaboration ainsi que les moyens qu'ils utilisent pour pouvoir fonctionner lors de leurs rencontres aux urgences.

A partir de la littérature professionnelle, nous avons construit notre cadre théorique. Nous abordons ainsi différents thèmes comme celui de la collaboration, celui des compétences, celui de la reconnaissance au travail et également celui du stress.

Grâce aux différents thèmes abordés, nous avons créé deux guides d'entretien qui nous ont permis d'interviewer cinq personnes : trois infirmières et deux ambulanciers travaillant dans un grand hôpital et une société d'ambulances privée. Nous les avons choisis en fonction de leur expérience pour avoir une vision globale des deux professions.

Suite à nos entretiens, nous avons pu analyser les différents éléments ressortis. Ils ont révélé que ces professionnels de la santé avaient une petite connaissance des compétences de chacun ; et qu'ils développaient des stratégies afin de pouvoir prendre en soin le patient le mieux possible, dans des conditions optimales.

Il serait important aujourd'hui que ces professionnels de l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier aient des moments d'échanges afin de parvenir à définir des fonctionnements de travail commun. Pour cela, il faudrait que ceci commence au sein même de leur formation en tant que futurs professionnels.

Mots clés :

« **Infirmier, ambulancier, collaboration, communication, compétences** ».

Mots en anglais :

« Nurse, Emergency medical technician, collaboration, communication, skills ».

Table des Matières

Chapitre 1 : Introduction	7
1.1 Motivations et questionnements de départ	9
1.2 Notre recherche dans le contexte de la pensée infirmière	12
1.3 Question et hypothèse de travail	15
Chapitre 2 : Cadre théorique	17
2.1 Historique.....	17
2.1.1 Historique de la profession infirmière	17
2.1.2 Historique de la profession d'ambulancier	20
2.2 Les compétences et priorités de l'infirmière	28
2.2.1 La formation d'infirmière.....	29
2.2.2 Le rôle de l'infirmière aux urgences et plus particulièrement de l'IAO	30
2.3 Les compétences et priorités de l'ambulancier	34
2.3.1 La formation d'ambulancier	35
2.3.2 L'ambulancier français	38
2.4 Le travail en équipe.....	40
2.5 La collaboration	43
2.6 La communication.....	47
2.7 Les transmissions d'informations	51
2.8 La reconnaissance au travail	54
2.9 Le stress au travail.....	56
2.10 Posture professionnelle	61
Chapitre 3 : Méthodologie	65
3.1 Méthodologie de la recherche.....	65
3.2 Présentation du guide d'entretien	66
3.3 Déroulement des entretiens.....	67
3.4 Présentation de la population interrogée	68
3.5 Analyse des données.....	69
3.6 Les biais de l'enquête	69

Chapitre 4 : Analyse des cinq entretiens	70
4.1 La collaboration entre infirmières et ambulanciers.....	70
4.2 Les transmissions	73
4.3 Communication : source de conflits	75
4.4 Affinité	77
4.5 Reconnaissance	78
4.6 L'influence du genre (masculin/féminin) dans les relations de travail.....	81
4.7 Le stress	82
4.8 Gestion du travail	83
4.9 Ressources face au stress.....	84
4.10 La connaissance réciproque des formations et des professions.....	86
4.11 Compétences des infirmières.....	88
4.12 Compétences des ambulanciers.....	90
4.13 Les aspects qui améliorent les conditions de travail	92
Chapitre 5 : Conclusion	94
5.1 Synthèse des éléments significatifs	94
5.2 Perspectives	99
5.3 Bilan.....	102
Bibliographie	104
Annexes	108

Chapitre 1 : Introduction

Les professions de l'urgence sont des professions qui fascinent encore aujourd'hui, l'ambulancier et le pompier chez les petits garçons et pour les petites filles, devenir un jour infirmière¹. Porter un uniforme, conduire le camion ou l'ambulance, partir faire de l'humanitaire. Tous ces éléments ne manquent pas de créer dans l'imagination d'un enfant bien des vocations ou des envies de devenir un jour un « sauveteur » ou un « héros ».

Aujourd'hui, ces professions ont été profondément modifiées, la médecine d'urgence permet de sauver encore plus de vies. La profession d'infirmière ne reste pas méconnue pour autant, mais elle attire aujourd'hui moins la jeunesse : horaires difficiles, contrainte de travailler 8 heures ou 12 heures la plupart du temps debout, travail durant les fêtes, les week-ends, les jours fériés et, dans certains pays, une rémunération peu gratifiante.

La profession d'ambulancier en Suisse, quant à elle, a connu une ampleur énorme durant ces vingt dernières années. D'une part, par la volonté des autorités à vouloir régulariser cette profession et d'autre part, à cause de l'augmentation des besoins en soins d'urgence. Infirmières aux urgences, médecins urgentistes, ambulanciers, pompiers ont pour la plupart tous choisi cette profession afin d'avoir une journée de travail toujours différente de la précédente, mais aussi, pour certains, de pouvoir travailler sur le terrain².

Ces professions sont exigeantes, voire éprouvantes à divers degrés. La gestion des patients et de leurs familles demande une grande patience. La confrontation avec la mort est déstabilisante. La formation continue reste incontournable pour

¹ Les dénominations de personnes et de professions sont valables pour les deux sexes.

² Le terrain fait parti du jargon ambulancier pour désigner la voie publique et les lieux privés. Il s'agit essentiellement de terrain extra hospitalier.

ne pas « tomber » dans une certaine routine et afin d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer de nouvelles compétences dont des techniques. Un autre aspect à ne pas négliger relève de la contrainte à maintenir une condition physique mais aussi psychologique pour rester dynamique au fil du temps et malgré l'âge avançant. Tous ces éléments font partie de la réalité de ces hommes et de ces femmes. Dans ce contexte, parlons-nous toujours de profession ou plutôt de « vocation » ?

Qui n'a pas composé un jour le 144 ? Ces professionnels travaillent 24 heures sur 24 et apportent toujours de l'aide ou du réconfort à un moment donné à quelqu'un.

C'est pourquoi, il est important pour nous de mettre en avant ces professions et leur travail au quotidien. Plus précisément lors de leur rencontre aux urgences lorsque les ambulanciers doivent transmettre cet être humain dit « patient » aux infirmières après qu'il a subi, un choc, un traumatisme ou encore une maladie. Pour cela, nous souhaiterions parler non pas des hommes et des femmes, mais de leur entente, ainsi que de leur collaboration pour la réalisation d'un travail en équipe, avec un but commun : prendre en soin correctement et pouvoir donner au patient les soins appropriés à leur problème, ainsi que de le soulager en lui occasionnant le moins de soucis dans son processus de santé.

Dans un premier temps, nous présenterons nos motivations individuelles, puis notre représentation concernant les relations entre ces deux professions : infirmières et ambulanciers. Nous allons ensuite définir notre problématique avec les questions qui sont essentielles au début de notre travail ainsi que la contribution des soins infirmiers en s'appuyant sur Pépin et al. (2010), concernant le travail en collaboration, l'intuition, le plan organisationnel et pour finir la vision commune de leur travail.

Dans un second temps, nous retracerons l'histoire des deux professions, des compétences de chacun mises en œuvre lors de leur travail sur le terrain pour

certaines et aux urgences, ainsi que les facteurs qui pourraient influencer cette relation.

Pour poursuivre, nous analyserons les différents sujets qui, pour nous, sont importants lors de cet échange, en mettant en évidence les relations au travail des différents acteurs grâce aux nombreux moyens de collaboration. Cela afin de réaliser leur travail dans des conditions optimales et avant tout sans que ce soit délétère pour le patient.

Nous concluons en montrant ce que notre travail pourrait apporter aux infirmières grâce à une connaissance réciproque du travail des ambulanciers pour les années futures.

1.1 Motivations et questionnements de départ

Cela fait maintenant plusieurs années que nous sommes en contact avec le domaine des soins infirmiers en tant qu'étudiantes, mais aussi en tant que patientes. Nous nous sommes rendues compte de la réalité face à la surcharge de travail des infirmières dans les différents services d'urgences, que se soit en Suisse ou en France, mais particulièrement à l'Hôpital Universitaire de Genève. Cela est d'ailleurs illustré ces derniers temps dans le monde de l'audiovisuel dans de nombreuses séries télévisées. L'une d'entre nous a le projet de travailler un jour au sein des urgences, car ce domaine la motive. De plus, nous avons des connaissances dans le domaine des ambulances grâce à un travail extrascolaire. De ce fait, nous avons pu constater que les relations entre infirmières et ambulanciers étaient parfois difficiles dans le monde professionnel mais aussi tout simplement au sein de l'école alors qu'à Genève les deux formations partagent des locaux. En effet, nous avons très peu d'occasions de pouvoir découvrir la profession d'ambulancier, leurs capacités et leurs ressources, et vice versa. Cependant, ces derniers ont l'avantage de faire un certain nombre de stages au sein de l'hôpital durant leur formation, ce qui leur permet de côtoyer des infirmières dans divers lieux de soins et d'observer le travail infirmier.

Notre idée de départ était de travailler sur l'efficacité des protocoles de prise en soins aux urgences, plus précisément sur celui du polytraumatisé, avec les relations pluridisciplinaires qui en découlent. Mais en débutant notre dernière année de formation et en approfondissant notre sujet, nous nous sommes plutôt dirigées vers l'hypothèse d'une méconnaissance réciproque des deux professions et ainsi comprendre comment les infirmières et les ambulanciers travaillent ensemble en analysant leur collaboration.

Pour ce travail, nous avons décidé de nous centrer sur le service des urgences, même s'il aurait été intéressant d'aller faire une étude dans les différentes unités, par exemple dans divers services, où les ambulanciers viennent parfois chercher des patients. Le temps ne nous permettant pas de tout faire, nous avons donc préféré cibler notre champ de recherche.

Durant nos stages, certaines infirmières nous ont informées qu'elles n'étaient pas attirées ou motivées d'exercer leur profession dans le service des urgences. Dans la réalité, on observe dans ce type de service que les journées y sont particulièrement éprouvantes ce qui générerait un assez fort absentéisme. Est-ce une problématique de stress due aux situations et aux pathologies des patients ou à une mauvaise gestion de l'organisation de travail ?

De plus, lorsqu'un patient arrive aux urgences, il y a parfois beaucoup d'effervescence au « desk »³ lorsque l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) doit écouter la remise⁴ des ambulanciers. Suite à cela, nous avons pu observer des tensions dans les relations entre infirmières et ambulanciers d'où nos questions face à ce problème :

- Comment cela est-il géré ?
- Est-ce qu'une tâche définie pour chaque professionnel a une importance pour une meilleure qualité du travail ?
- Le stress de l'infirmière ou de l'ambulancier est-il déterminant dans la suite de prise en soins du patient ?

³ Desk : bureau d'accueil des infirmières aux urgences.

⁴ Remise : transmissions concernant les circonstances de l'accident et l'état du patient. Remise de situation, sous-entendue.

- Les infirmières sont-elles parfois conscientes des conditions de travail et des compétences des ambulanciers sur le terrain lorsqu'ils arrivent aux urgences avec un patient tranquillement installé, voire soulagé physiquement et psychologiquement ?

A ce stade, nous avons pu nous rendre compte de la difficulté de définir une problématique réelle de terrain qui pose parfois un souci dans la réalité du travail de l'infirmière. Depuis que nous avons choisi notre sujet, nous nous sommes aperçues de la difficulté de trouver des recherches scientifiques relatives à ce sujet sur Genève mais nous avons constaté que de nombreux auteurs français comme Peneff (1992) ont beaucoup écrit sur ce thème.

Pour Sophie : Mon travail au sein d'une société d'ambulances m'a permis de constater que les relations entre infirmières et ambulanciers étaient parfois difficiles face à la complexité de certaines situations. En effet, l'école des ambulanciers a été créée par des infirmières. Cependant, ne pouvant pas poursuivre l'évolution de la formation celle-ci fut reprise par des enseignants ambulanciers. Cela ne facilite pas le travail en équipe à l'heure actuelle.

Certains exercices, comme l'application de la marche à suivre de démobilitation lors de l'arrivée d'un patient sur le « stryker »⁵, enseignés aux infirmières lors de leur formation post grade d'urgentiste, permettent un travail en collaboration avec les ambulanciers durant une matinée au simulateur « SimulHUG » ; où j'ai pu assister à cet échange au mois de novembre 2011.

Je suis parfois également amenée à transférer des patients dans le canton de Vaud et du Valais ; ces deux corps de profession travaillent davantage ensemble car les infirmières font des stages dans les ambulances et les ambulanciers vont aux urgences voir le travail des infirmières. La plupart du temps, la centrale des ambulanciers se trouve au sein même des urgences de l'hôpital, ce sont de petites structures, ce qui facilite parfois la collaboration. Il serait donc intéressant de comprendre ce qui pourrait aider ces équipes de soins entre l'intrahospitalier et l'extrahospitalier à mieux travailler ensemble à Genève. D'où mon intérêt de

⁵ Stryker : civière où le patient est allongé pour être mobilisé.

pouvoir développer ce sujet, de tenter d'apporter des réponses à cette problématique.

Pour Adèle : J'ai décidé de travailler avec Sophie, sur le thème de la collaboration entre ambulanciers et infirmières lors de la prise en soins d'un patient aux urgences. Ce sujet m'intéresse dans la mesure où la profession d'infirmière est une profession avec un travail interprofessionnel important. Pour moi, la collaboration est un élément central dans mon travail que ce soit avec les ambulanciers, les médecins, les physiothérapeutes, les diététiciens ou autres. Je trouvais donc intéressant d'effectuer un travail de Bachelor sur les différents éléments qui entrent en jeu dans la collaboration entre la profession d'ambulancier et d'infirmière.

La spécialisation d'infirmière urgentiste n'est pas quelque chose que je souhaite faire par la suite, ni la profession d'ambulancier. Cependant, ce sont des professions qui sont intéressantes à découvrir par leurs enjeux spécifiques dans ces prises en soins.

Cependant, je pense que ce que j'ai construit et découvert avec ce travail pourra m'aider dans ma future vie professionnelle.

1.2 Notre recherche dans le contexte de la pensée infirmière

Pour expliquer le lien entre notre sujet et la pensée infirmière, nous nous sommes basées sur quelques points comme la transdisciplinarité qui selon Van Manen (2001), « consiste en un décloisonnement des disciplines rendu possible grâce au croisement des regards autour d'une même préoccupation ou d'un même sujet ». Ambulanciers et infirmières, avec toute l'évolution de la profession des uns et des autres, demandent que chacun travaille ensemble autour du patient (cité par Pépin et al., 2010, p. 23).

Selon Anderson, Monsen et Rorty (2000) cité par Pépin et al. (2010), « il s'agit d'une façon de faire permettant de partager valeurs, buts et objectifs, et de s'approcher de décisions communes relatives au bien-être et à la santé des personnes » (p. 24). Même si ambulanciers et infirmières n'ont pas la même

formation et le même travail, ils sont des partenaires de soins qui doivent échanger dans des situations parfois difficiles et dans un but commun : la survie du patient ou la meilleure prise en soins possible.

Nous pouvons également parler de l'intuition, celle-ci est peut-être le reflet d'années d'expériences et elle est primordiale dans la pratique infirmière. Cette forme de connaissance permet de comprendre une situation avec des données pas du tout fiables, voire parfois complexes. L'intuition est un phénomène qui apparaît avec les années et qui peut devenir un atout majeur, surtout dans la médecine d'urgence afin de pouvoir anticiper ce qui pourrait se passer avant même d'avoir fait des examens au patient : juste en regardant et en écoutant la personne. Selon Banning (2008) cité par Pépin et al. (2010), « des recherches ont démontré l'importance de l'intuition dans la pratique des soins infirmiers en situations critiques » (p. 91).

L'infirmière doit avoir une vision commune avec les différents acteurs des soins. Selon Sikma (2006) cité par Pépin et al. (2010), « pour partager une vision, il faut d'abord être AVEC l'autre, être là POUR l'autre, et ce, dans un espace où les valeurs de respect priment. La vision peut évoluer : elle est créée, expérimentée, discutée et révisée ; autant d'occasions de communication et de collaboration favorables à une cohésion durable » (p.145). Lors de notre formation théorique, mais aussi avec l'expérience de nos stages, nous avons découvert qu'il était important de travailler aux côtés des différentes professions de la santé. Cela nous permet de fournir et de répondre aux besoins du patient, en évoluant dans la même direction et en partageant nos connaissances afin de résoudre des problèmes de santé dans un délai convenable.

La formation en soins infirmiers nous a amené, durant ces quatre années, à nous identifier à différentes pensées infirmières comme nous le développons dans la suite de ce travail au chapitre de notre posture professionnelle. Mais des éléments cruciaux ont vu le jour dans notre apprentissage. « La formation initiale permet le développement de l'identité professionnelle et des compétences qui s'y

rattachent, de sorte que les étudiantes intègrent les savoirs liant théorie, pratique et recherche. Selon le niveau d'études, la perspective infirmière est approfondie, et de nouveaux savoirs soutiennent plus avant le développement des compétences vers l'expertise, puis vers la pratique avancée » (Pépin et al., 2010, p. 154). Pour cela, nous mettrons en avant le savoir-être, le savoir et le savoir-faire, valeurs communes de toutes les professions de la santé.

Selon Pépin et al. (2010), le savoir-être fait appel aux valeurs humanistes et morales qui donneront de l'importance à la personne, à la famille, à la communauté, à la population, à l'environnement, aux processus, aux interactions, aux transitions, au renforcement du potentiel (empowerment⁶), à la collaboration et au renouvellement des pratiques. Toute cette approche afin de nous faire prendre conscience de la dignité humaine, de l'ouverture aux autres, du respect de la confidentialité, de la reconnaissance du libre choix des personnes et du sens des responsabilités. Cette exigence morale est le fruit de notre pratique infirmière (p. 154).

Le savoir nous a permis d'aborder différentes notions de notre discipline comme l'entièreté de l'humain, les expériences de santé mais aussi sur les pratiques de soins. « L'intégration des connaissances des diverses disciplines est maintenant au cœur de l'apprentissage nécessaire pour cocréer un soin adapté à un monde en constante transformation ». Ainsi, nous découvrons qu'il faut pour notre future activité, une vision du travail « large » (la collaboration), face à l'évolution des pratiques (le changement) (p. 156). Nous devons donc avoir des connaissances réactualisées, ainsi qu'une ouverture d'esprit sur les autres types de savoirs qui sous entendent les connaissances des autres professionnels de la santé.

Le savoir-faire est basé sur la pratique réflexive de l'infirmière en étant mise en avant par les valeurs, les connaissances, l'intuition, l'analyse critique et le jugement clinique ainsi que la communication et les expressions du soin. Notre

⁶ Empowerment : Terme anglais traduit par autonomisation ou capacitation. Il désigne la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale.

pratique nous demande de mobiliser aussi bien l'évaluation de la santé de la personne, la surveillance de paramètres physiologiques que l'accompagnement, la collaboration ou encore la promotion de la santé et le maintien de la vie (p.156).

Pour finir, selon Pépin et al. (2010), l'identité professionnelle ainsi que les compétences que nous avons acquises et qui nous permettront de travailler avec d'autres professionnels de la santé sont le reflet de notre travail de mémoire. « L'apprentissage de la collaboration se réalise par le développement d'habiletés de communication et de prise de décisions avec les personnes visées par le soin et avec d'autres professionnels. La pratique en collaboration centrée sur le patient est reconnue dans l'énoncé des compétences partagées par l'ensemble des professionnels de la santé ». (Pépin et al. 2010, p .157). Infirmières aux urgences ainsi qu'ambulanciers ont chacun des compétences propres à leur profession, mais ils doivent collaborer ensemble lors de leur rencontre au « desk » des urgences pour une bonne transmission des informations.

1.3 Question et hypothèse de travail

Notre question de départ est la suivante :

Infirmières et ambulanciers : quelle collaboration optimale?

Cette question est basée sur différentes hypothèses :

- Les compétences ne sont pas les mêmes pour les ambulanciers et les infirmières, donc la méconnaissance de la profession de l'un et de l'autre rend difficile la collaboration.
- La différence du genre (masculin/féminin) influence la collaboration de ces deux professions.

- Le stress est un générateur de conflits, les infirmières et les ambulanciers doivent constamment faire appel à leurs ressources personnelles pour s'adapter aux différentes situations.
- L'affinité d'une équipe améliore les relations au travail.
- En général, les transmissions des ambulanciers sont satisfaisantes pour l'infirmière IAO.
- L'environnement des urgences interfère dans la qualité de la communication entre les infirmières et les ambulanciers.

Pour répondre à notre question et vérifier nos hypothèses, notre travail va se dérouler en plusieurs étapes : une présentation des différents thèmes abordés. Puis, nous avons fait une enquête sous forme d'entretiens pour montrer l'adaptation au travail de ces différents protagonistes. Pour finir, nous avons mené une analyse thématique à partir de ces entretiens de professionnels exerçant ces différentes professions.

Grâce à cette étude, nous mettons en évidence certains problèmes identifiés lors de la rencontre de ces deux professions et proposons quelques pistes de réflexion au sujet notamment d'une problématique quant à l'organisation existante aujourd'hui.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Pour notre cadre théorique, nous allons développer différents sujets tels que l'historique et les compétences des professions d'infirmière et d'ambulancier, le travail en équipe, la collaboration, la communication, les transmissions d'informations, la reconnaissance au travail, le stress au travail et la posture professionnelle.

2.1 Historique

Nous souhaitons faire un récapitulatif de l'historique des professions et de l'évolution de la formation aussi bien des infirmières, mais encore plus de celle des ambulanciers, car en effet, la formation de ces derniers en Suisse, plus particulièrement à Genève, est assez récente et est actuellement en pleine évolution.

2.1.1 Historique de la profession infirmière

La profession d'infirmière est ancienne et a évolué au fil du temps. En effet, à ses débuts, les soins infirmiers n'étaient pas reconnus, car selon Chatelain (2009), « à l'origine, les enjeux de vie et de mort sont sous l'influence des phénomènes surnaturels » (p. 1). Ce n'est qu'à l'Antiquité et au début du Moyen-Age que les soignants sont au service des malades. Ensuite, en plein Moyen-Age, ce sont surtout des religieuses qui soignent. Elles sont au service de l'Eglise, car pour elles, c'est Dieu qui inflige les maladies. Durant ces périodes, la pratique des soins est orientée en deux courants. Le premier est la fonction maternante où

l'art de soigner est considéré comme « prendre soin de... » et où le but est « d'assurer le maintien, la continuité de la vie, les soins au corps et les pratiques alimentaires » (Chatelain, 2009, p. 1). La deuxième est le courant religieux, où la pratique des soins est considérée comme un art de guérir. Il faut traiter la maladie pour faire reculer la mort.

A la Renaissance, les soignantes suivent le modèle religieux des « Filles de la Charité ». C'est le départ des sciences et de la médecine. Puis petit à petit, la médecine évolue et les soignantes utilisent des antalgiques et des désinfectants. C'est au XIX^{ème} siècle qu'il y a la découverte des antiseptiques et Louis Pasteur crée le vaccin contre la rage et met en évidence les microbes et les moyens de les combattre.

Au XIX^e et début du XX^e siècle, l'infirmière n'est plus indépendante, mais elle assiste le médecin. Celui-ci a la connaissance et l'infirmière doit appliquer ses ordres, sur la base d'actes médicaux délégués. L'infirmière travaille alors dans un hôpital et les soins sont influencés par les changements sociaux, économiques et scientifiques.

C'est également au début de cette époque que Florence Nightingale (1820-1910), appelée « La dame à la lampe », fait son apparition en faisant évoluer la pratique infirmière. En effet, pendant la guerre de Crimée, elle découvre les conditions physiques et environnementales qui sont importantes pour la guérison et la prévention des maladies. Elle essaie d'appliquer des mesures d'hygiène dans les hôpitaux. Ainsi, elle arrive à faire diminuer de manière conséquente le taux de mortalité dans les hôpitaux militaires (Pépin et al., 2010, p. 31). A la fin du XIX^e siècle, l'environnement ainsi que les normes d'hygiène sont liés à la santé. C'est durant cette période de guerres que le métier d'infirmière prend son essor.

Au milieu du XX^{ème} siècle, l'infirmière trouve une certaine autonomie dans les soins. Elles sont reconnues en tant que professionnelles. Pépin et al. (2010) mettent en évidence que, dans l'évolution des théories et des modèles infirmiers, il y a trois paradigmes infirmiers. Ils vont évoluer tout au long des changements

qui vont s'opérer dans la profession d'infirmière. Le premier paradigme est donc celui de la catégorisation. Il « oriente la pensée vers la recherche d'un facteur causal responsable de la maladie » (p. 29). Dans ce contexte, l'infirmière fait pour le patient.

Ensuite, le paradigme d'intégration va se développer. L'infirmière considère alors le patient comme un être biopsychosocial, spirituel et culturel et sous l'influence de son environnement. Elle fait avec le patient et son but est de prévenir la maladie et de promouvoir la santé.

Pour finir, c'est le paradigme de transformation qui voit le jour. Ici, « le changement est perçu comme étant perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point. [...] Il s'intéresse à l'expérience de la personne, de la famille, de la communauté [...] comme étant le point de départ de son action ». (Pépin et al., 2010, p. 30). Il y a donc un lien étroit entre l'environnement et la santé. L'infirmière est certes avec le patient et tout ce qui le constitue ou le fonde.

Parallèlement à cette évolution, c'est après la bataille de Solferino (1856) que certaines personnes, dont Henry Dunant et Guillaume-Henry Dufour, créent le futur Comité International de la Croix-Rouge (CICR), puis en 1886, il y a la création de la Croix-Rouge Suisse⁷ (CRS). Celle-ci, avec l'aide du pasteur Walter Kempf, fonde une première formation destinée aux garde-malades. Cette formation changera en fonction de l'évolution du statut de l'infirmière et les cours deviendront de plus en plus exigeants et complexes.

La formation de garde-malade dure un an et demi dans les années 1890. En 1904, elle se fait sur deux ans, puis sur trois ans dès 1908. C'est de 1925 à 1972 qu'il se produit le plus grand changement avec une augmentation importante du

⁷ Croix-Rouge Suisse: Jusqu'en 2002, la Fédération confie à la CRS la réglementation sur la formation des professionnels de la santé. Puis en 2006, l'OFFT (Office Fédéral de la Formation et de la Technologie) prend le relais et devient responsable de toutes les formations. « Le Comité international de la Croix-Rouge, fondé en 1863, est la plus ancienne œuvre d'entraide du monde. Il joue le rôle de médiateur entre belligérants, assure les soins aux blessés, visite les prisonniers de guerre et les détenus politiques, rétablit les contacts entre les familles, protège la population civile, procure de la nourriture et d'autres formes de soutien aux victimes des conflits. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge soutiennent le CICR en mettant à sa disposition des fonds, des biens et des délégués » (CRS, 2012).

nombre de cours théoriques. « En 1995, la formation d'infirmière assistante, jusque là enseignée, disparaît pour laisser place à la formation d'infirmière niveau I qui s'effectue sur trois ans et la formation d'infirmière niveau 2 qui s'effectue sur quatre ans » (Henchoz, 2010, p. 31).

C'est en 2002 que la formation Haute Ecole Supérieure de Suisse Occidentale (HES-SO)⁸ Santé voit le jour.

Comme nous pouvons le constater, la profession d'infirmière existe et a évolué sur de nombreuses années, à la différence de la profession d'ambulancier, que nous allons présenter ci-dessous.

2.1.2 Historique de la profession d'ambulancier

Selon Rezaigue (2012), jusqu'au XIX^e siècle, certains hôpitaux accueillait les pauvres, les mendiants et les pèlerins pour y recevoir des soins et des repas. Les hôpitaux disposaient d'un service de « ramassage ». Ainsi des charrettes et des chaises à porteur étaient dans les rues pour « ramasser » les nécessiteux et les malades. A toutes les époques, et plus précisément sur les champs de bataille, les personnes étaient confrontées au problème que constituait le transport d'un blessé ou d'un malade.

La création de la profession d'ambulancier passe par différents stades historiques.

En France, dans les années 1700, sous le règne d'Henri IV, l'armée royale affecte du personnel au relevage et au transport des blessés en se servant de

⁸ HES-SO : elle fait partie de la formation professionnelle supérieure en Suisse et comprend différents domaines dont la santé. Les domaines sont enseignés dans 27 écoles dans le Jura, Valais, Berne, Fribourg, Neuchâtel, Vaud et Genève. Dans le domaine de la santé, il existe 7 filières : ergothérapie, nutrition-diététique, physiothérapie, sage-femme, soins infirmiers, technique en radiologie médicale et thérapie psychomotrice. Les soins infirmiers sont dispensés dans différentes écoles : Neuchâtel-Delémont, Fribourg, Genève, Sion et deux à Lausanne. Par contre, en Suisse alémanique, le diplôme d'infirmière est majoritairement une formation d'école supérieure mais aussi une formation HES..

caisses d'artillerie, mulets, chariots, bras donc avec aucun matériel spécifique. C'est le docteur D. Larrey, chirurgien militaire, qui propose la création d'ambulances pour suivre les soldats sur les champs de bataille et prendre immédiatement en charge les blessés. Les personnes sont volontaires et pratiquement toutes bénévoles.

Dans les années 1880, c'est le docteur Nachtel qui crée à Paris un service d'ambulances médicalisées pour les transports des blessés sur la voie publique appelé les Ambulances Urbaines⁹. Durant la même période, Paris met en place trois ambulances gérées par des « Infirmières Ambulancières », particulièrement pour le transport de malades contagieux comme par exemple les personnes atteintes de variole. C'est le service des Ambulances Municipales.

En 1900, c'est sous l'autorité de l'Assistance Publique que fonctionne le service des Ambulances, avec la création d'entreprises privées sous l'égide du métier d'ambulancier.

Selon Jacot (2010), en Suisse, peu de traces existent sur le transport des blessés avant 1900. C'est en 1899, qu'une motion est déposée au Conseil communal de Lausanne pour trouver un moyen de transport pour les personnes malades ou blessées. Des voitures spéciales sont créées pour éviter les effets pénibles, pour le patient, provoqués par les conditions de transport avec les chars ordinaires.

C'est en 1906 que R. Bratschi, fondateur d'une entreprise de transport, crée un véhicule hippomobile. Puis, en 1911, la première ambulance genevoise voit le jour, grâce à une vente de fleurs par des femmes affiliées à la Croix-Rouge. Enfin, c'est M. Odier (entreprise encore existante) qui reprend cette entreprise de transport en 1940.

⁹ Ambulance Urbaine : premier service d'ambulances créé au sein de l'hôpital public de Paris.

Entre 1950 et 1960, la profession d'ambulancier en Suisse n'existe pas en tant que telle. N'importe qui peut être ambulancier et aller au secours de victimes d'accidents. Pour les urgences à domicile, c'est le médecin de famille qui est appelé et s'il fallait transporter le patient, c'est la famille ou le médecin qui s'en chargeait. Les personnes qui transportent les blessés durant ces années ne sont pas des sauveteurs mais ils ont différentes casquettes : garagistes, employés de commune, instituteurs, croque-morts, pompiers, policiers, etc. La formation de ces personnes varie beaucoup. En Suisse romande, les cours sont donnés par des médecins et s'adaptent en fonction de la demande des ambulanciers. Il n'y a aucune directive claire de la part des autorités et du milieu médical. Ces médecins s'inspirent des cours de l'Alliance suisse des samaritains¹⁰. Plusieurs thèmes sont exposés : le massage cardiaque, les pansements compressifs, les brûlures, les immobilisations ou encore l'aide aux noyés.

A cette époque, l'ambulancier est seul durant sa prise en charge. Il installe le patient sur le brancard comme il peut. La surveillance durant le transport se fait de cette manière : si le patient est conscient, l'ambulancier lui demande de tenir ses bras croisés sur son ventre puis attache une corde à un des poignets pour la tendre ensuite jusqu'à à l'arrière du véhicule. Ainsi, si le patient vient à perdre connaissance durant le transport, les bras tombent et font tendre la corde. Si le patient est inconscient dès le début, il le met en Position Latérale de Sécurité (PLS) pour aller au plus vite à l'hôpital, « on charge et on y va ».

Selon Henchoz (2010), dans certaines villes, en Suisse romande comme à Lausanne, la Brigade Sanitaire¹¹ voit le jour en 1963. Certains agents reçoivent une formation de base, qui comprend 240 heures de cours et 9 semaines de stage. Elle se compose de cours sur l'anatomie et la physiologie, la pathologie, la

¹⁰ Samaritains : « L'Alliance suisse des samaritains encourage l'engagement de bénévoles dans le service de sauvetage, de santé et communautaire. Elle veille à ce que les blessés et les personnes qui tombent subitement malades reçoivent les premiers soins. Elle comble les lacunes du réseau des institutions sociales par l'intervention spontanée ou complémentaire dans le domaine des soins et de l'encadrement. Elle développe une prise de conscience approfondie pour la santé et la prévention d'accidents » (Samaritains, 2012).

¹¹ Brigade Sanitaire : regroupe cinq ambulances et est constituée de personnel rattaché au corps de police.

pharmacologie, la réanimation, la traumatologie, les brûlures et l'intoxication, la neurochirurgie, l'anesthésiologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, la médecine légale, la gynécologie et l'obstétrique.

Les urgences de la voie publique étaient assurées à Genève dans les années 60 par la Brigade sanitaire de la gendarmerie. La formation est également dispensée par un médecin. Les urgences à domicile et les transferts se font par deux entreprises privées.

Dans le canton du Valais, en 1966, une législation apparaît pour les ambulances. Ainsi les hôpitaux de Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Viège, Brigue et les cliniques de St-Amé et St-Maurice ont la charge d'organiser des services officiels d'ambulances.

Les véhicules dans les années soixante sont la plupart du temps des véhicules commerciaux modifiés. Les services officiels ont des véhicules sanitaires avec du matériel médical : un brancard, une couverture, des sangles, une bouteille d'oxygène, des pansements, du coton et du mercurochrome. Et dans certaines grandes villes, les ambulances ont des appareils de contrôle pour les signes vitaux.

Le 10 juillet 1970, une loi fédérale est créée pour structurer cette profession.

En 1973, la Croix Bleue à six branches appelées « Croix de Vie » est instaurée comme signe distinctif pour les entreprises agréées. Ce symbole représente la vie et le mal. Cette opposition montre bien le quotidien de l'ambulancier auprès des malades et la sagesse nécessaire face à ses responsabilités.

L'étoile de vie a six branches et a une signification bien définie :

- Le repérage
- L'alerte
- L'intervention
- Le secours sur place
- Les soins durant le transport
- Le transfert en service hospitalier



<http://www.paramedicduquebec.org/paramedics/histoire-de-etoile-de-vie/>

La grande évolution pour cette période se fait au niveau des véhicules. La formation est toujours limitée à des cours donnés au sein des entreprises : les ambulanciers se forment sur le terrain, car il y a une évolution des techniques comme, par exemple, l'immobilisation de l'axe tête-cou-tronc et la civière à aubes. La prise en charge se fait alors de plus en plus à deux ambulanciers, mais ceux-ci n'ont aucun moyen pour stabiliser le patient souffrant de problème respiratoire ou cardiaque. Le but est d'arriver le plus vite à l'hôpital.

En 1972, le Dr. Armand Forel, médecin et homme politique, déposera une motion au Grand Conseil Vaudois pour que le métier d'ambulancier soit reconnu de façon légale. Une commission sera créée avec à sa tête M. Vessaz, infirmier conseil cantonal, qui devra mettre en place une formation spécifique pour les ambulanciers. En 1977, la formation de base pour les ambulanciers voit le jour à Lausanne. Mais cette formation s'adresse à des personnes travaillant déjà dans un service de secours puisqu'elle se fait en cours d'emploi. Ces cours se font en trois parties : formation théorique, stage en milieu ambulancier et stage pratique en milieu hospitalier.

En 1982, l'État vaudois décide de créer un centre d'enseignement des gestes d'urgences, aussi bien pour les professionnels de la santé que pour d'autres personnes qui le souhaitent. En 1983, le département Vaudois de l'Intérieur et de la Santé publique crée le Centre Fernand Martignoni¹² qui dispensera la

¹² Centre Fernand Martignoni : doit son nom au célèbre pilote d'air glacier, qui trouva la mort dans un accident d'hélicoptère en 1982. Ce centre entreprend la formation des ambulanciers,

formation des ambulanciers, assurée auparavant par le Service de Santé publique vaudois. Donc de 1983 à 1990, les ambulanciers romands reçoivent deux cours de bases de quatre-vingts heures par année, soit trois mois de formation. Les ambulanciers du Valais ainsi que du Jura pourront également participer à cette formation.

En 1986, Genève adopte un projet de loi sur la formation des ambulanciers et une année après, une commission consultative est créée afin d'élaborer les modalités d'application de cette loi.

En 1988, la première promotion d'élèves commence la formation d'ambulanciers. La formation est divisée en deux parties : une année en cours d'emploi qui donne le droit au Brevet Genevois puis deux ans de pratique dans le canton pour pouvoir exercer. Cela fait 1'500 heures de formation. Elle reste en place une dizaine d'années c'est-à-dire jusqu'en 1998.

C'est dans la même période que l'Inter-Association de Sauvetage (IAS)¹³ valide les directives concernant la formation d'ambulanciers. Cette reconnaissance permet la professionnalisation du métier d'ambulancier IAS.

En 1989, le Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR) voit le jour dans le Chablais (régions vaudoise et valaisanne). Les ambulanciers et le SMUR se donnent rendez-vous sur le trajet de l'hôpital pour se rejoindre.

C'est le Centre de formation Fernand Martignoni de Lausanne qui dispense aux ambulanciers des cours de remise à niveau de leurs connaissances.

Les années 1990 seront les années de la reconnaissance de la profession d'ambulancier en tant que profession de la santé à part entière. En 1993, toujours en cours d'emploi, la formation comptabilise 1'000 heures de cours et de stages sur une période de trois ans.

jusqu'à ce moment assurée par le Service de la santé publique du canton de Vaud. La quasi-totalité des ambulanciers romands se forment entre 1983 et 1990.

13 Inter-Association de sauvetage : est l'organisation faîtière suisse des institutions engagées dans le secourisme professionnel.

En 1994, la Croix-Rouge Suisse reçoit le mandat pour élaborer les prescriptions pour la formation des ambulanciers diplômés IAS. Ainsi la formation d'ambulancier se situe au même niveau que celles des autres professions de la Santé et cela dans toute la Suisse.

En 1998, grâce à cette évolution de la prise en charge et la professionnalisation du métier, le centre de Martignoni change de nom et devient le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU). A cette même date, la Centrale d'Alarme du Service d'Urgence 144 (CASU) de Lausanne est opérationnelle et tous les appels transitent par cette centrale. Les véhicules deviennent des ambulances comme nous pouvons en croiser aujourd'hui. Elles disposent d'une cellule arrière plus confortable pour le patient mais aussi pour les professionnels. Elles sont plus lourdes et plus larges offrant ainsi un espace de travail plus sécuritaire et plus adapté.

En 1999, l'école d'ambulancier voit le jour à Genève. C'est une formation dispensée aux normes de la Croix-Rouge suisse. Cette formation supérieure de niveau tertiaire permet aux jeunes de se former pour devenir ambulancier diplômé. Elle se fait sur une durée de trois ans à temps plein, se comptabilisant par 5'500 heures de formation. Elle se divise en 2 parties : une moitié d'enseignement théorique et pratique à l'école et l'autre moitié en stages hospitalier et extrahospitalier. Le diplôme obtenu en fin de formation est un diplôme fédéral d'ambulancier de niveau Ecole Supérieure (ES).

En 2000, le canton de Vaud donne un mandat au CESU pour créer une formation plus courte : le Technicien Ambulancier (TA)¹⁴. Ceci afin d'assurer des transferts de patients stables et assister l'ambulancier lors d'intervention en soins d'urgence mais également à cause d'une pénurie d'ambulanciers. En 2002, c'est l'école de Bois-Cerf qui voit le jour. Elle propose cette formation plus courte où des Techniciens Ambulanciers, après cette année de formation, peuvent s'arrêter

¹⁴ Technicien ambulancier : c'est une formation d'une année. Aujourd'hui, une personne qui travaille dans une société d'ambulances peut passer le Brevet de TA à Berne en candidat libre pour la reconnaissance de ses acquis.

là ou poursuivre encore deux ans pour obtenir le diplôme d'Ambulancier, ce qui est vivement recommandé par l'Association suisse des ambulanciers (ASA)¹⁵.

Aujourd'hui, en Suisse, cette formation de Technicien Ambulancier est obligatoire pour toute personne travaillant dans une société d'ambulances et qui ne possède pas le diplôme d'ambulancier (recommandations de la Direction générale de la santé)¹⁶. Comme pour les infirmières, la pénurie de personnel ambulancier a permis d'engager de nombreux étrangers porteurs d'un diplôme d'ambulancier de leur pays d'origine. A Genève, par exemple, de nombreux Français viennent y travailler puisque le canton est limitrophe avec la France. Dès lors, ces ambulanciers doivent se conformer avec la nouvelle législation suisse, à savoir, passer le certificat de TA.

Dans le canton de Vaud, la particularité du Technicien Ambulancier est de seconder l'ambulancier diplômé dans une ambulance d'urgence. Alors qu'à Genève, ils ne peuvent travailler qu'en tant que transféristes¹⁷ en prenant en soins des patients stables.

A ce jour en 2012, la formation supérieure des ambulanciers est reconnue par l'OFFT (Office Fédéral de la Formation professionnelle et de la Technologie). Les ambulanciers exercent donc une profession à part entière. Il ne s'agit plus d'emmener le patient le plus rapidement à l'hôpital mais de prodiguer des soins afin de stabiliser leur état de santé avant de les amener à l'hôpital.

Un technicien ambulancier est à même de prendre en soins un patient stable alors que l'ambulancier diplômé peut le prendre en soins de manière complète et adaptée par rapport à la situation dont il fait face. Cette évolution de leurs connaissances ne semble pas toujours connue par les infirmières lors de leur travail aux urgences. Est-ce parce que les infirmières de formation française comparent les ambulanciers suisses aux ambulanciers français ?

¹⁵ ASA : représente les intérêts des ambulanciers en Suisse.

¹⁶ DGS : office fédéral de la santé publique

¹⁷ Transfériste : ambulancier ou TA qui transfère des patients stables entre les différentes institutions de soins.

Après avoir abordé l'historique de la profession de l'infirmière et de l'ambulancier, il est intéressant de se pencher sur les compétences de ces deux professions. C'est ce que nous développons au chapitre suivant.

2.2 Les compétences et priorités de l'infirmière

Dans cette partie, nous nous pencherons sur les compétences des infirmières à l'heure actuelle car ce sont celles qui nous intéressent le plus. Cependant, il ne faut pas oublier qu'elles ont évolué depuis l'époque où les infirmières avaient un statut de « garde-malade ». En effet, en Suisse romande, elles reçoivent désormais une formation universitaire avec l'obtention d'un Bachelor of Science in nursing.

Aujourd'hui, une infirmière formée en Romandie a un diplôme en soins généraux obtenu à la HES-SO. Elle a des rôles propres à ses compétences qu'elle développe durant ses trois années de formation Bachelor au sein de la Haute Ecole Spécialisée (HES). Ses rôles sont expert en soins infirmiers, communicateur, manager, promoteur de la santé, collaborateur, apprenant et formateur ainsi que professionnel (Plan d'étude, 2012, p 17-18).

Pour intégrer ces rôles, une infirmière de la Haute Ecole Spécialisée de Genève, doit développer des compétences au cours de sa formation et plus particulièrement lors de ses stages. En effet, elle doit acquérir les neuf compétences infirmières¹⁸ qui se trouvent dans le référentiel des compétences de la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS) et dans le plan d'étude romand 2012.

La collaboration avec les ambulanciers fait donc partie intégrante de son travail. Notons que chaque infirmière diplômée en soins généraux qui travaille aux urgences des HUG doit poursuivre une formation d'infirmière urgentiste. C'est au

¹⁸ Les neuf compétences infirmières : cf annexe 1

cours de celle-ci qu'elle va développer encore davantage de compétences liées à ce travail très spécifique.

2.2.1 La formation d'infirmière

Jusqu'à la promotion 2011, la formation de l'infirmière se déroulait sur quatre ans. Elle est composée d'une première année qui est l'année préparatoire. Elle est obligatoire pour les personnes qui n'ont pas de diplôme dans les soins. La majorité des personnes doivent donc passer par cette année préparatoire. Elle est composée de différents cours théoriques et pratiques, un stage de trois mois, et un projet professionnel. Depuis 2011, toutes les personnes qui veulent entrer dans la Haute Ecole de Santé (HEdS) doivent réussir les examens de cette année de modules complémentaires et peuvent ensuite décider dans quelle filière elles veulent se diriger. Les cinq filières de la HEdS sont : nutrition et diététique, sage-femme, technique en radiologie médicale, physiothérapie et soins infirmiers.

Ensuite, il y a trois années de Bachelor, où les étudiants sont en cours, intercalés avec des périodes de stage (formation pratique). Les cours sont divisés en modules et chacun de ces modules doit être validé pour pouvoir accéder à l'année suivante. Sur un total de 5'400 heures, il y a un tiers d'heures pour les stages et deux tiers pour la partie théorique. Les modules Plan d'Etudes Cadre (PEC) 2006 de la HEdS-GE sont développés en annexe 2.

Chaque étudiant doit faire deux stages pour chaque année de Bachelor et chaque stage correspond à un domaine précis. La formation étant généraliste, l'étudiant devra donc passer par les six domaines suivant pour être diplômé en Soins Infirmiers : gériatrie, extrahospitalier, chirurgie, médecine, psychiatrie et pédiatrie. L'étudiant doit également réaliser un travail de Bachelor (mémoire).

Après cette formation, l'étudiant peut également effectuer un master ou des spécialisations dans différents domaines. C'est justement une de ces spécialisations que l'infirmière travaillant aux urgences doit effectuer.

2.2.2 Le rôle de l'infirmière aux urgences et plus particulièrement de l'IAO

Après avoir défini les compétences d'une infirmière, il est important de comprendre tout le sens du travail de l'infirmière dans un service d'urgences. Nous allons mettre en évidence le travail de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), qui doit avoir certaines compétences pour effectuer la responsabilité de ce travail et qui est une spécificité de l'infirmière en Médecine d'Urgence. L'IAO collabore étroitement avec les ambulanciers, car c'est elle qui les reçoit lors de leur arrivée.

Pour pouvoir parler du travail de l'infirmière aux urgences, il est important de donner quelques notions du contexte de travail des soignants. En effet, depuis une quinzaine d'années, le nombre des patients ayant recours aux services d'urgences ne fait que croître. « La particularité des Structures de Médecine d'Urgence est d'être fonctionnel 24 heures sur 24, 365 jours par an dans l'immédiateté, avec la même efficacité quels que soient les motifs de recours, les pathologies et le lieu d'exercice. » (Boivin et al, 2008, p7).

Selon Deschamps et Léman (2005), p 5, l'infirmière doit avoir différentes qualités requises pour pouvoir travailler au sein de ce genre de service et à ce poste précis :

- Posséder la réactivité nécessaire à l'observation et à la prise de décision
- Avoir une attitude assertive (faire comprendre ce qui peut être accepté ou pas, avec un comportement ferme, non agressif et une bonne confiance en soi), qualité de communication, empathie, ouverture d'esprit
- Capacité d'organisation et méthode, capacité à gérer des tâches dissociées et discontinues
- Esprit de synthèse
- Capacité à évaluer la charge de travail des équipes
- Capacité pour s'adapter à l'évolution des outils technologiques : l'informatique.

Toujours selon Deschamps et Léman (2005), la mission de l'IAO peut-être formulée de la manière suivante : « Elle doit faire face à de multiples actions qui ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Ces actions sont menées en lien avec un médecin référent afin de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux de patients (entrées et sorties) » (p. 3).

Son travail est d'accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients, de décider du lieu de soins adapté, d'informer, d'aider, d'installer le patient, de donner les premiers soins, de rassurer, de surveiller, de soulager, de communiquer, de coordonner et de définir une organisation avec les autres acteurs. Elle doit aussi savoir trier les patients. Selon le guide de tri des Hôpitaux Universitaires de Genève (2011), « c'est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les besoins de santé des bénéficiaires qui se présentent aux urgences selon des critères établis et à déterminer la réponse la plus adaptée à leurs besoins dans des limites de temps acceptables » (p. 1).

L'infirmière de tri doit avoir développé son jugement clinique, « [il] demande une certaine maturité intellectuelle et professionnelle en ce qui concerne l'attention, la capacité de raisonnement et la synthèse pour arriver à une déduction logique. En fonction de l'expérience, le processus intellectuel pour poser ce jugement est plus ou moins long. Chez les novices, il ne peut être que lent et laborieux alors que chez l'experte, il peut devenir intuitif et très rapide » (Geinoz, 2011, p. 13-14). Il est donc nécessaire d'avoir travaillé deux années dans un autre service, avant de pouvoir intégrer un service de soins d'urgence. Puis, il faut travailler une année aux urgences avant d'accéder au poste d'IAO.

Malgré son expérience, l'infirmière ne peut pas tout contrôler et tout savoir.

Certains facteurs peuvent influencer les prises de décisions :

- L'expérience est mise en avant chez les professionnels afin de pouvoir mieux trier les patients « les infirmières avec davantage d'expérience se sentent plus en confiance lors de prises de décisions » (Chung, 2005, cité par Geinoz (2011), p. 25).

- Selon Gillespie & Peterson, (2009), cité par Geinoz (2011), sont évoquées les connaissances essentielles dans la prise de décisions, de la profession, de soi, du cas (physiopathologie), du patient (traitements, données personnelles, de la personne (expériences passées face à la maladie) (p. 26).

En ce qui concerne l'expérience, nous savons aussi qu'il existe une grande différence entre l'infirmière débutante et l'infirmière experte. En effet, l'infirmière débutante qui commencera à faire du tri aux urgences aura une certaine appréhension et du stress, d'une part afin d'évaluer la situation pour « aiguiller » le patient au bon endroit, lorsqu'elle aura les transmissions des ambulanciers et d'autre part, lors de son jugement de la situation (cf feuille de tri des urgences annexe 7). Selon Geinoz (2011), malgré des protocoles, les infirmières sont déstabilisées si elles se retrouvent face à une situation complexe : « Les débutantes utilisent les procédures et les protocoles pour déterminer les actions nécessaires. Ces praticiens ont des difficultés lorsqu'ils perdent le contrôle de leur environnement de travail. Ainsi, lors de situations cliniques complexes » (p. 27).

L'infirmière experte, quant à elle, se sentira plus à l'aise dans ce poste grâce à ses années d'expérience et grâce à son intuition qui lui permet de les utiliser comme une affirmation dans sa prise de décision. En effet, selon Benner et al. (1992), « L'infirmière experte sait et a de bonnes connaissances des situations cliniques. Elle démontre de l'intuition et agit sans perdre de temps. Elle se montre confiante » (cité par Billay et al., 2007, recité par Geinoz, 2011, p. 27).

Pour l'infirmière IAO, l'environnement de travail peut aussi être un facteur important dans ses prises de décisions, de même que la lourde charge de travail, le manque d'espace, le manque de temps, le nombre de patients en attente qu'il faut surveiller et la sévérité des symptômes pour certains. Selon Chung (2005), « Les interruptions représentent les demandes d'autres patients, l'intervention dans la salle d'attente ou encore de nouveaux patients arrivants. Ces éléments ont conduit dans certaines circonstances au manque d'informations sur les patients » (cité par Geinoz, 2011, p. 28).

L'importance de la formation est essentielle pour pouvoir travailler à ce poste à responsabilités. Les infirmières des urgences sont encadrées au poste d'IAO par des infirmières expérimentées, avant de pouvoir accéder à la formation aux soins d'urgence. Selon Chung (2005), la mise à jour des connaissances médicales est un atout pour évaluer les signes et les symptômes. Elles ont également besoin d'un feedback constructif et des conseils de leurs collègues pour pouvoir les aider (cité par Geinoz, 2011, p. 28-29). L'auteur Cioffi (1999) confirme aussi que « L'utilisation de règles de décisions utilisées par le personnel de triage expérimenté peut favoriser le développement des compétences des infirmières novices de triage » (cité par Geinoz, 2011, p. 31).

La récolte des informations est donc primordiale au poste d'IAO. Ces informations sont transmises par différents professionnels comme la police ou les ambulanciers ou parfois par le patient lui-même. C'est là toute la difficulté, car elles ne sont pas toujours très précises. L'infirmière IAO doit donc rassembler tout ce qu'elle sait et ce qu'elle voit du patient pour prendre la meilleure décision, afin que le patient ait une consultation médicale dans les temps. Pour cela, l'ambulancier doit apprendre à dispenser ces informations le plus clairement possible, ce qui fait partie intégrante de ses compétences.

2.3 Les compétences et priorités de l'ambulancier

Les compétences des ambulanciers ne peuvent être abordées sans faire un bref retour dans les années passées. En effet, comme nous l'avons déjà énoncé, l'évolution de la profession a profondément été modifiée depuis la fin des années quatre-vingts. L'auteur Pichonnaz (2011) le reconnaît en disant : « En deux mots, nous pouvons dire que l'ambulancier est passé du statut de brancardier au statut de professionnel de la santé » (p. 21).

Auparavant, l'ambulancier était recruté pour ses qualités « physiques » qui lui permettaient de mettre le patient dans l'ambulance et de le conduire à l'hôpital le plus proche. Aujourd'hui, les ambulanciers sont considérés comme des professionnels de la santé et possèdent des compétences aussi bien techniques que médicales (poser une voie veineuse, ventiler, faire une réanimation cardiaque, etc.), mais aussi des savoir-faire communicationnels et relationnels (Pichonnaz, 2011, p. 21).

Nous pouvons observer que l'ambulancier possède à sa disposition diverses compétences, ce qui nous permet de faire la distinction entre l'ambulancier français et l'ambulancier suisse qui n'ont pas la même formation, mais aussi entre l'ambulancier diplômé et le technicien ambulancier.

Selon Hughes (1996), il faut distinguer le « care » qui consiste à « prendre soin de » et le « cure » qui se situe dans les aspects plutôt techniques et biomédicaux. Il est clair que le plus important du travail de l'ambulancier se situe dans le « care », les patients sont accompagnés par les ambulanciers qui prennent soin d'eux dans l'ambulance, tout comme pour les infirmières « ces tâches d'accompagnement du malade, bien qu'elles soient un préalable indispensable au travail du personnel soignant, sont très peu valorisées par le système médical : elles constituent le « sale boulot »¹⁹ (cité par Pichonnaz, 2011, p. 21- 22).

¹⁹ « Sale boulot » : Pour nous, l'auteur reprend les mots d'un ambulancier qui désigne les aspects social, relationnel et préventif effectués auprès du patient.

Nous pouvons également parler des interventions dites soi-disant « urgentes » qui demanderaient une mobilisation des compétences apprises lors de leur formation, qui ne constituent pas l'essentiel de leur travail mais plutôt un travail dit de « bobologie ». Ainsi, ils mettent plus en avant leurs compétences relationnelles que techniques. Certes, les compétences de ces sauveteurs suisses sont belles et bien présentes contrairement aux ambulanciers français qui font des transferts non urgents sur prescription médicale (p 22). Sous le même terme d'ambulancier, nous pouvons identifier deux professions différentes à travers la frontière.

N'oublions pas que les priorités des ambulanciers suisses sont de stabiliser le patient sur le lieu de la prise en soins. D'où l'importance d'une solide formation médicale, mais également de le conduire à l'hôpital avec le moins de séquelles possibles donc dans un délai rapide, vers un hôpital ou un centre de soins approprié.

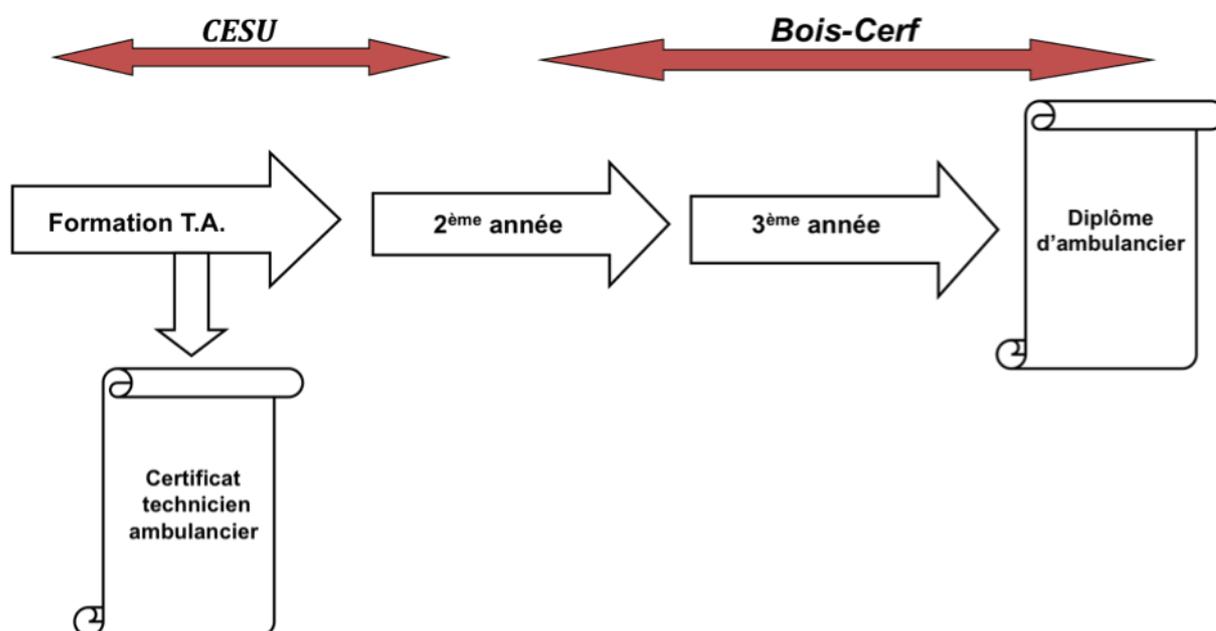
2.3.1 La formation d'ambulancier

En Suisse romande, deux écoles enseignent la profession d'ambulancier : l'Ecole de soins ambulanciers à Genève et l'Ecole de Bois-Cerf à Lausanne.

L'école de Bois-Cerf propose deux niveaux de formation. L'obtention en une année du certificat de Technicien Ambulancier. L'étudiant peut poursuivre ses études pendant deux ans pour obtenir le titre d'Ambulancier Diplômé ; il peut le faire de suite ou reprendre plus tard ses études. La première année de la formation d'ambulancier peut se passer de deux manières :

- L'étudiant est dans une entreprise et y travaille deux jours. Le reste de la semaine, il va suivre les cours à l'école.
- L'étudiant n'est pas dans une entreprise et c'est l'école qui trouve les lieux de stage.

Durant la première année, l'obtention pour le certificat de TA se fait de deux manières différentes : soit l'élève est à l'école à plein temps et il reçoit 1'985 heures d'enseignement, soit la formation est divisée en trois parties : quatorze semaines de cours, huit semaines de stage en milieu hospitalier et vingt-deux semaines en emploi. Puis, il peut poursuivre deux années supplémentaires pour obtenir le diplôme fédéral d'Ambulancier. Il aura un total de 5'583 heures à son actif.



Source : Guide d'étude de l'école de Bois-Cerf Cesu

La formation s'organise en modules (cf annexe 3).

Pour seconder toutes les notions théoriques, les étudiants ont un apport pratique, tout d'abord sur le lieu de travail où ils sont engagés, puis au cours des stages complémentaires (soins à la personne à mobilité réduite, soins d'urgence, soins à l'enfant, centrale 144, soins obstétricaux, soins en psychiatrie, soins en anesthésie, et un stage optionnel).

L'école de soins ambulanciers de Genève ne permet pas de passer le certificat de Technicien Ambulancier obtenu après une année. La formation dure trois ans

à temps complet et permet l'obtention du Diplôme fédéral d'Ambulancier. Durant cette formation, l'étudiant reçoit 5'496 heures de cours et de stages.

L'ambulancier doit savoir prendre en soins des malades ou des accidentés, évaluer la situation, donner les premiers soins, si besoin demander une médicalisation²⁰, faire face à toute éventualité lors de la prise en charge et du transport. La formation propose des cours donnés par des professionnels : ambulanciers, médecins, infirmières, psychologues, juristes ou autres (pompiers, police, secours hélicoptés) et comprend des cours de morphologie, physiologie, biochimie donnés à la faculté de médecine (CMU), des ateliers pratiques et différents stages (services d'ambulances, hôpitaux, établissements pour personnes âgées ou handicapées, psychiatrie, centrale 144).

Les thèmes durant la formation sont pratiquement identiques à ceux de l'école de Bois-Cerf. Ainsi la première année est centrée sur le patient en situation stable, la deuxième année sur le patient en situation complexe et la troisième année sur les situations exceptionnelles. Les étudiants effectuent en fin de formation un travail de diplôme et pour terminer, ils passent un examen pratique.

La formation est aujourd'hui reconnue sur le plan politique, cela permet aux ambulanciers d'obtenir un haut niveau de qualification et d'effectuer par délégation des actes médicaux, d'où la soumission au secret professionnel, le respect d'un code éthique et d'une déontologie professionnelle (Zeller et al., 2000, p. 4). Grâce à cette reconnaissance, les ambulanciers peuvent se distinguer des autres professionnels de la santé. Mais également pour Arial et al. (2009), les compétences sont essentielles pour une bonne pratique : « Dans une perspective de professionnalisation du métier d'ambulancier, l'identification, la formalisation et la mise en valeur des compétences qui permettent de développer ou d'adopter de telles stratégies sont incontournables et favorisent notamment la différenciation professionnelle par rapport aux autres métiers de l'urgence » (p. 17).

²⁰ Médicalisation : action de médicaliser, de recourir à la médecine.

A ce stade, il est judicieux de faire un comparatif entre la formation en Suisse et en France de l'ambulancier, pour bien comprendre le contexte qui nous concerne.

2.3.2 L'ambulancier français

Comme nous l'avons mentionné dans les compétences des ambulanciers et vu notre localisation géographique avec la France, nous trouvons pertinent de pouvoir montrer la différence entre la formation de l'ambulancier français et celle de l'ambulancier suisse. Les infirmières françaises arrivant aux urgences ou travaillant aux étages font-elles la distinction avec les ambulanciers suisses ? Certaines infirmières de formation suisse sont-elles vraiment au courant des compétences de ces « paramédics » ?

Pour cela, nous allons passer en revue la formation de l'ambulancier français qui lui ne reçoit pas la même formation que l'ambulancier suisse.

En France, le premier programme de formation pour obtenir le certificat de capacité d'ambulancier (CCA) est mis en vigueur le 21 mars 1989. Il subit des modifications et la dernière se fait en 2007, en remaniant le programme de formation pour créer le Diplôme d'Etat d'Ambulancier (DEA).

La formation se compose de 630 heures au total, avec 455 heures de formation théorique et clinique, soit environ treize semaines et 175 heures de stages soit cinq semaines. Donc les élèves en formation obtiennent leur diplôme au bout de quatre mois et demi de formation. L'enseignement se divise en huit modules sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux de groupe et des séances d'apprentissages pratiques et gestuels (cf annexe 4).

Pour finir, le stage se réalise en milieu professionnel dans le secteur sanitaire²¹, en établissement de santé ou en entreprise de transport sanitaire (service de court séjour chez les personnes âgées ou handicapées, en service d'urgence, au SAMU ou SMUR avec un passage en salle d'accouchement).

²¹ Sanitaire : relatif à la santé publique

Si l'ambulancier diplômé français est embauché dans un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), il doit suivre une Formation complémentaire d'Adaptation à l'Emploi (FAE) de quatre modules²². Cette formation est donnée par le CESU²³ durant 4 semaines.

Une fois que l'ambulancier français obtient son diplôme, il a pour mission de :

« [...] d'assurer, sur prescription médicale, le transport des malades, des blessés et des parturientes (femmes en travail d'accouchement) auprès des établissements de soins à leur domicile, au moyen de véhicules spécialement adaptés. Il est à la fois un conducteur expérimenté et un auxiliaire médical capable de dispenser des soins d'urgence (réanimation, donner de l'oxygène) ». (Infirmier, 2012, p 3). Il doit également remplir les documents administratifs et le dossier de transport : la Fiche d'Intervention Préhospitalière (FIP).

Nous pouvons constater que les ambulanciers français ne reçoivent pas l'équivalent de la formation prodiguée aux ambulanciers suisses, tant dans le contenu que dans le nombre d'heures réalisées. La formation française où l'ambulancier doit effectuer des « mesures de base » dure 100 à 500 heures alors que les formations impliquant des actes médicaux délégués (mesures avancées) durent 900 à 3'000 heures, ce qui est le cas de la formation en Suisse. C'est pourquoi, la France dispose d'un système SAMU dans tous les hôpitaux des villes (l'équipage du SAMU est composé d'un médecin et d'un infirmier). En effet, selon Zeller (2000), « les interventions urgentes seront plus souvent médicalisées. La formation des ambulanciers français ne vise que des missions de transport de patients encore une fois dit « stables ». (p. 2).

²² Quatre modules : Radiotéléphonie, hygiène, décontamination et désinfection, situation d'exception et participation à la prise en charge d'un patient au sein d'une équipe médicale, stage dans un SMUR, stage de sécurité routière et de conduite en état d'urgence

²³ CESU : Centre d'enseignement des services d'urgence rattaché aux différents hôpitaux de chaque département français.

Que ce soit aussi bien pour l'ambulancier suisse que français, une règle importante, voire indispensable est de savoir travailler avec les différents partenaires des soins.

2.4 Le travail en équipe

Selon Frobert (2011), une équipe au sein d'une organisation est une unité qui possède sa propre structure et où toutes les personnes qui en font partie ont une même tâche à accomplir. Pour qu'une équipe se forme, il faut un minimum de deux personnes et que des objectifs communs soient fixés. Pour cela, il est nécessaire que les activités soient coordonnées afin que les objectifs soient atteignables et que les individus de l'équipe développent des compétences.

Pour Peneff²⁴ (1992), le travail à plusieurs permet d'exécuter des tâches ensemble, en réunissant des professionnels de différents domaines, voire de différents statuts (p. 221).

Selon Manion (1996), une équipe de soins est « un petit nombre de personnes qui partagent une mission cohérente et pertinente, des objectifs de performance communs, des habilités qui se complètent et qui se chevauchent, et qui ont la même approche de leur travail. Les membres de l'équipe se tiennent mutuellement responsables des résultats ou des problèmes de l'équipe. » (cité par Frobert, 2011. p.3).

Dans le travail en équipe, les personnes doivent travailler ensemble. C'est pourquoi une équipe va développer sa propre dynamique de groupe. En effet, comme le dit Lewin (1947), « un groupe a ses propres règles de fonctionnement qui dépendent d'un certain nombre de raisons rationnelles ou objectives [...] et de raisons informelles [...] qui déterminent les comportements des individus les uns par rapport aux autres. [...]. La personnalité de chaque individu est en

²⁴ Peneff : sociologue français qui a travaillé une année dans un hôpital en tant que brancardier et qui a écrit entre autres « l'hôpital en urgence ».

interrelation avec les personnalités des autres membres. Elle est influencée par les réactions, les paroles, les attitudes à son égard, etc. Ce positionnement psychologique et affectif que chacun va se construire à partir de ses émotions et ses perceptions, va tisser un réseau relationnel et affectif informel et donner au groupe sa personnalité propre. » (cité par Frobert. 2011. p. 5).

Selon Mucchielli (1967), chaque groupe a ses propres normes et valeurs qui forment l'identité du groupe et détermine l'esprit de l'équipe soignante. Une pression de conformité est aussi exercée sur le groupe pour qu'il y ait une certaine exigence au sein du groupe et que chaque participant suive les mêmes règles de conduite. C'est grâce à cela que le groupe se sentira en sécurité et pourra évoluer (cité par Frobert, 2011).

La cohésion d'équipe est quant à elle définie comme « le phénomène qui maintient uni l'ensemble des membres du groupe vers l'accomplissement de la tâche fixée et empêche sa dégradation. Elle traduit la volonté de ses membres à appartenir au groupe et y maintenir une participation active. » (Frobert, 2011, p.11). Pour cela, chaque équipe a ses motivations personnelles, qui sont des buts qui motivent les gens à travailler ensemble, des facteurs dits « facteurs socio affectifs », qui sont des motivations inconscientes telles que satisfaire un besoin de reconnaissance. Il y a également les facteurs dits « structurels » comme la taille du groupe, la proximité géographique et le type de réseau de communication, c'est-à-dire si la communication se fait entre les différents membres ou s'il y a une seule personne qui transmet les informations aux autres. Et pour finir, il y a aussi d'autres facteurs qui interviennent dans la communication et qui sont : la réussite du groupe qui pousse les gens à être plus soudés s'ils réussissent les objectifs visés par l'équipe soignante, les menaces qui viennent de l'extérieur, comme les critiques, la compétition, etc., et les comportements entre les individus du groupe.

Pour notre sujet, le travail d'équipe se fait entre deux groupes, d'où la complexité de la tâche. En effet, nous pouvons considérer que les ambulanciers forment un premier groupe et les infirmières urgentistes, un deuxième. La collaboration et la

communication sont donc d'autant plus importantes pour que le travail entre deux équipes puisse se faire au mieux.

Selon Peneff (1992), c'est la gestion des relations entre les membres de l'équipe qui va maintenir le moral général et la cohésion. Pour visualiser cette gestion des relations, Peneff parle d'indicateurs, qui sont « les échanges de biens et de services sur le lieu de travail ou les choses réalisées ensemble et [...] les activités culturelles ou de loisirs. » (p.189). Dans son texte, il cite d'autres éléments qui influencent la cohésion tels que le partage de nourriture ou de jeux, le travail de nuit où les infirmières ont davantage l'occasion de jouer et discuter, un calendrier où il est écrit les anniversaires ou les jours de fête, les cartes postales envoyées par les personnes parties en vacances, l'utilisation de l'humour, la communication non verbale lorsque le patient ne doit pas connaître l'information transmise. Toujours concernant cette cohésion du travail, il dit que « le travail collectif est [...] facilité par la connaissance mutuelle des caractéristiques de chacun (tempérament, compétences, préférences) » (Peneff, 1992, p. 183).

Peneff (1992) définit également le groupe comme étant « le collectif exposé aux mêmes contraintes, au même pouvoir, qui déjoue la même surveillance, qui reste en contact étroit pour élaborer une contre-stratégie » (p. 188).

Pour Pouchelle (2008), les relations au travail sont déterminantes dans la gestion du stress. En effet, selon elle, les relations entre les membres de l'équipe des soins influencent l'atmosphère de travail. Les relations entre les infirmières et le cadre (infirmière responsable de l'unité) déterminent la satisfaction du travail, la prise d'autonomie, l'estime de soi et l'intégration dans l'équipe. Les relations entre infirmières et médecins sont souvent difficiles à cause d'un manque de reconnaissance de la part des médecins et des problèmes de communication. Par contre, toujours d'après Pouchelle (2008), le soutien, l'entraide, la motivation à travailler et l'écoute favorisent la satisfaction au travail, ce qui pourrait être de bons éléments pour définir la collaboration.

2.5 La collaboration

La mise en place d'une collaboration optimale surtout dans les soins est primordiale pour travailler dans de bonnes conditions et en sécurité. Cette optimalité désigne un état favorable, qui soit le meilleur possible.

Il existe différents termes pour définir les dimensions collectives de l'activité : coordination, co-action, coopération et collaboration.

La co-action « est la forme particulière de coordination où des opérateurs réalisent des actions parallèles, devant se rejoindre à un moment donné » (Guérin, et al., 2007, p. 100).

La collaboration « met en jeu des opérateurs qui habituellement ne travaillent pas sur un même objet, mais mettent en commun leurs compétences pour traiter une situation particulière ou des familles de situations » (p. 100).

La coopération « met en jeu des opérateurs travaillant sur un même objet de travail, dans une relation de dépendance mutuelle » (p. 100).

La coordination « implique des opérateurs qui ont à tenir compte mutuellement de l'ordonnancement de leurs actions et décisions respectives, même s'ils poursuivent des buts immédiats différents » (p. 100).

Pour Guérin et al. (2007), il faut que les différents acteurs des soins, ici infirmières et ambulanciers, connaissent le travail de l'autre. Afin que la collaboration se déroule bien, il faut deux conditions :

- l'organisation générale de ses collègues doit être connue, ainsi que les différentes phases de leurs interventions, et les contraintes dans lesquelles ils peuvent être.
- avoir les informations pour évaluer à un certain instant où en sont les autres dans le déroulement de leurs actions.

Ainsi les professionnels de la santé qui devront travailler ensemble pourront mettre en place des « compétences de coopération », c'est une adaptation de l'un, et si elle n'est pas faite, l'autre s'adaptera pour qu'au final le travail soit réalisé (p .101).

La collaboration entre infirmière et ambulancier peut être rendue difficile à cause des différences de logiques principalement dues à leur métier respectif, ce qui demande aux acteurs de trouver des compromis au quotidien. Ils en parlent soit avec un responsable, soit lors d'arrangements directs entre eux. Cette identification et une connaissance des contraintes des autres professionnels permettent, en général, de résoudre les difficultés d'une bonne collaboration (Guérin, et al. 2007, p. 102).

Au vue des changements qui s'opèrent ces dernières années dans les structures hospitalières, pour faire face aux situations de plus en plus complexes, un médecin ne peut travailler seul, il a toute une équipe pluridisciplinaire autour de lui. « Les professionnels sont appelés, de plus en plus, à partager avec d'autres professionnels de leurs disciplines ou de disciplines différentes pour traiter de problèmes complexes liés à la santé des patients » (Wacheux et Kosremelli, 2007, p. 1). Ce constat peut aussi être dû au partage des responsabilités, de plus en plus grandes dans les professions médicales. Selon D'Amour, Sicotte, & Lévy (1999), les membres d'une équipe interdisciplinaire « ouvrent les frontières de leur territoire » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités.

Selon Mariano, (1989 cité par Wacheux et Korsremelli, 2007), la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information, développer des relations interpersonnelles et adresser des éléments liés au concept d'équipes est l'une des conditions d'une collaboration réussie et solide. Cet auteur rajoute également « que le fait de partager un même espace et la proximité physique facilitent la collaboration en réduisant les territoires professionnels et les comportements traditionnels » (p. 6). Peneff (1992) soutient également cette idée

c'est-à-dire un hôpital de petite structure permet aux travailleurs de mieux se connaître et d'améliorer la collaboration (p. 46-47).

Selon Fagin (1992), le système éducatif est un déterminant principal de la pratique de la collaboration interprofessionnelle ; en étant le véhicule des valeurs « tout au long de leur formation, les futurs professionnels de santé sont peu ou pas confrontés aux autres catégories de professionnels et par conséquent ne connaissent ni les pratiques, ni les expertises, ni les compétences, ni les valeurs des autres professionnels » (p. 6). Ceci serait un obstacle à la collaboration (cité par Peneff, 1992). C'est pourquoi, selon D'Amour et al. (1999), afin d'améliorer ce travail de collaboration de nombreux enjeux sont importants : « les universités cherchent des moyens de dispenser de la formation interprofessionnelle afin de diminuer le choc de l'arrivée dans le milieu de travail et de promouvoir l'intégration plutôt que la différenciation professionnelle » (p. 89).

De plus cette collaboration, si nécessaire, lorsqu'elle est réalisable, a des avantages sur les professionnels de la santé. Elle permettrait de faire face au dépassement des capacités d'une seule profession, de promouvoir la satisfaction au travail et ainsi de diminuer le stress (Wacheux et Korsremelli, 2007, p. 6).

Un autre aspect à considérer dans la collaboration est celui du genre. En effet, la collaboration entre des équipes d'hommes et de femmes, malgré une mixité dans la profession des ambulanciers, doit être mise en avant comme le souligne Peneff (1992) dans le rapport au sexe. La gente féminine infirmière jouerait de son humour et de sa coquetterie, en les mettant en valeur, pour trouver une certaine harmonie dans le travail (p. 204). Très peu d'auteurs dans la littérature ont écrit sur ce sujet. C'est pourquoi, nous le développons peu dans le cadre théorique.

Pour poursuivre, le processus d'interconnaissance pour une finalisation efficace est parfois laborieux. En effet, Friedberg (1993) considère que : « selon les professionnels, le processus d'interconnaissance trouve son importance dans le fait qu'il est difficile de collaborer avec d'autres professionnels dont on connaît

peu ou mal les orientations, la nature du travail ou encore le vocabulaire » (cité par D'Amour et al., 1999, p. 82).

Mais encore, selon D'Amour et al. (1999), la collaboration interprofessionnelle est souvent mise en avant dans les recherches, plus spécifiquement sur les stratégies des acteurs et non sur le monde des rapports humains (p. 87). Ceci pour parvenir à un travail d'équipe correct et suffisant pour le patient.

Nous ne pouvons pas parler de collaboration sans parler des conflits qui peuvent parfois apparaître dans ce type de relation. Peneff (1992) « observe un degré élevé de coopération dans une atmosphère générale de confrontation, tempérée lors de certaines séquences de travail en équipe ou en urgence réelle. On passe de l'esprit de corps à l'animosité » (p. 208). Ces rapports peuvent être très hiérarchiques et autoritaires et parfois très égalitaires avec de la complicité (p. 209).

Il observe également que l'atmosphère est différente lorsqu'il y a de l'entraide entre les professionnels : « il perçoit l'ambiance régnant dans un service ou dans un hôpital à travers l'entraide spontanée pour la manipulation des malades lourds » (Peneff, 1992, p. 72).

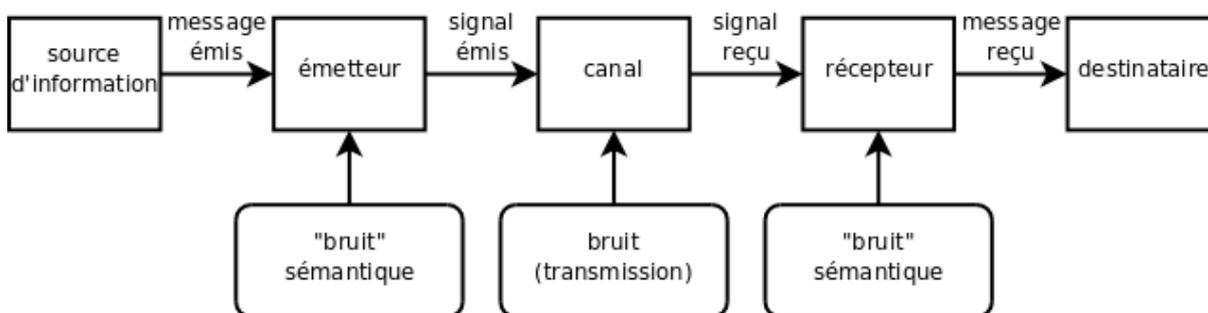
Un dernier élément important dans la collaboration est la relation de confiance. En effet, elle est capitale, d'une part car ce sont des équipes qui évoluent dans un contexte d'incertitudes élevées, dû à la complexité des situations, mais d'autre part parce que les échanges sont un investissement affectif individuel important (D'Amour et al., 1999, p. 83). Ensuite la communication et le respect sont également des éléments nécessaires à cette entente. Selon Wacheux et Kosremelli (2007), « Son importance réside dans le fait que la communication constitue un véhicule pour d'autres facteurs comme le respect mutuel et le partage » (p. 5).

2.6 La communication

Comme nous venons de le voir, la communication est un élément clé dans la collaboration entre ambulanciers et infirmières, grâce à celle-ci, ils se transmettent les informations et le relais peut se faire.

Selon Darmon Truc (2008), « communiquer c'est mettre en place des ponts entre les individus, c'est établir une relation avec autrui. C'est l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un par le biais de langage, de gestes, d'attitudes, de mimiques. Une communication est gravée dans un contexte, dans un endroit donné, dans un instant donné » (p. 17)

Toujours selon Darmon Truc (2008), un certain Shannon a créé un schéma qui intègre les différents éléments qui entrent en compte pour qu'une communication se passe de manière optimale. Selon ce schéma, il y a :



Source : http://delmas-rigoutsos.nom.fr/documents/YDelmas-ordinateurs_et_systemes/une-page.html

Les acteurs : on trouve un émetteur et un récepteur. Le message part d'une personne pour arriver à une autre personne. Les rôles peuvent être changés, le récepteur devient l'émetteur et vice versa.

Les objectifs : ils partent de l'émetteur, il faut que l'émetteur et le récepteur se mettent d'accord sur des objectifs communs de la communication.

Il y a l'activité, c'est faire agir, l'action est l'objectif. Dans les services, c'est pour soigner que l'on communique les informations.

Il y a ensuite l'intelligence, c'est-à-dire qu'il faut comprendre le message pour que l'action soit intégrée dans un projet, cette dimension évite les malentendus.

Puis il y a l'affectif, c'est faire accepter. En effet, il faut accepter l'information pour pouvoir l'entendre. On ne peut comprendre l'information que lorsque l'on accepte de l'entendre.

Le message et le signal : le message doit être intrapersonnel, c'est-à-dire que chez l'émetteur, il doit être initié par le cerveau, et toutes les parties de son corps peuvent le transmettre : mimiques, position du corps, gestuelle. Le message est encodé. Le récepteur reçoit le message par ses sens : l'ouïe, la vue, ... Il est ensuite décodé. Pour que le message soit compris, il faut que l'émetteur et le récepteur aient le même code.

Le langage : le même langage ne suffit pas pour comprendre le message, il faut que le vocabulaire employé soit connu par les deux personnes. Lors de transmissions, les acteurs utilisent un vocabulaire professionnel, avec des termes médicaux. De plus, les variations de voix, de rythme, les pauses caractérisent le langage.

Le code : c'est ce qui sert au support physique au message. Par exemple, dans la communication verbale ce sera les ondes sonores, l'air.

Les circuits : le circuit direct est ce qui correspond au face à face, le message va de l'émetteur au récepteur directement. Le circuit indirect est le fait qu'il y ait plusieurs personnes interposées entre l'émetteur et le récepteur, ce qui peut modifier la communication.

Le feed-back : c'est la réaction du récepteur au message qu'il reçoit. En effet, pour qu'il y ait communication, il faut un échange, une interaction. Il y a quatre rétroactions possibles.

La non réception, c'est le récepteur qui ne reçoit pas le message, car il n'est pas compris ou pas entendu. L'émetteur peut alors rajuster son message, en le reformulant par exemple. Le deuxième est la répétition, le récepteur reproduit le

signal, avec le même code. Cela signifie que le message a été reçu mais qu'il n'a pas été compris. La reformulation est une autre réaction possible, le récepteur reformule le message en utilisant d'autres codes. Cela permet de voir si le message a été bien compris.

Puis il y a l'accord ou le désaccord, si le récepteur doute de l'information qui a été donnée, s'il n'est pas convaincu, il négligera les actions à entreprendre.

Les bruits : ce sont tous les parasites autour de la communication qui la perturbent. Ce peut être les ondes sonores (perturbation physique), les émotions (perturbation psychologique), et les conflits dans les équipes (perturbation sociale). (Darmon Truc, 2008, p.18-20.)

Lorsqu'une personne communique, elle transmet des informations. Une information est « [...] un renseignement sur quelque chose ou sur quelqu'un. Comme le dit Peneff (1992), les infirmières expertes transmettent aux jeunes infirmières, des informations pour fonctionner correctement avec telle ou telle personne (p. 122).

Selon Darmon Truc (2008), « s'informer, c'est recueillir des informations, se mettre au courant. S'informer c'est aussi chercher à comprendre ce [qu'il] se passe pour pouvoir intervenir. [Les informations] qui nous intéressent le plus [...] permettent une relation avec le malade, de prendre soin de lui dans la dimension bio-psycho-sociale » (p. 21).

Toujours selon cet auteur, pour communiquer ces informations, il existe deux modes de communication.

La première est la communication verbale. Elle « est faite de signes linguistiques. Ces signes sont appelés langage. La voix, l'écriture sont des moyens de communiquer » (Darmon Truc, 2008, p. 21).

La deuxième est la communication non verbale. Ce sont justement tout ce que le corps exprime sans l'usage de la voix. Il y a beaucoup de choses qui interviennent dans cette communication non verbale telles que les mimiques, les expressions du visage, la posture du corps, etc. Ce sont des gestes que nous

identifions inconsciemment, mais qui sont utiles pour décrypter le message émis par la personne.

André Montesinos (1991) cité par Darmon Truc (2008), donne certains conseils pour une bonne communication :

1. « Pour pouvoir recevoir un message, il faut être à l'écoute de l'autre, c'est-à-dire être persuadé que la personne qui envoie un message nous apporte quelque chose. L'émetteur sentira que le récepteur est prêt à l'écouter. C'est donc être disponible à recevoir une information. Plus l'écoute est attentive, plus l'émetteur parlera facilement.
2. L'auteur explique que lorsque l'on parle dans l'intérêt de soigner, il ne faut pas transmettre d'information avec un jugement ou un à priori. En effet, cela peut compromettre la relation, elle perdra de sa valeur.
3. Pour permettre une bonne communication, il faut aussi qu'elle soit claire et cohérente. Il faut utiliser le bon vocabulaire.
4. Il ne faut pas dissocier le langage verbal du non verbal. Le langage verbal et non verbal vont ensemble, si le non verbal est en opposition avec le verbal, le récepteur aura du mal à interpréter le message.
5. Il faut éviter de ne pas communiquer directement avec la personne concernée. En effet, s'il y a des intermédiaires, il y a un risque que le message soit transformé, modifié. De plus, si la notion de feed-back n'apparaît pas, on ne saura pas si le récepteur a reçu et compris le message.
6. Il faut ensuite que l'émetteur du message s'engage, c'est-à-dire qu'il doit parler en utilisant le « je ». Dans le cas contraire, le discours est impersonnel, ce qui conduit à l'anonymat et à l'irresponsabilité.
7. Il faut prendre le temps et s'installer confortablement : le confort physique est le point de départ du confort relationnel.
8. Pour finir, il faut utiliser le temps et l'espace pour bien communiquer. On ne peut pas communiquer au milieu d'un couloir, ou en cinq minutes. Surtout lorsque la relève est importante ». (p. 20-21).

La communication est donc un élément qui dépend de nombreux paramètres et qui a une influence sur le stress.

L'auteur Warnet (2007) cité par Darmon Truc (2008), donne des méthodes qui favorisent la communication et aide à prévenir le stress. Il y a, par exemple, la possibilité de faire des groupes de paroles pour favoriser les échanges entre les différents membres de l'équipe soignante. Ces groupes peuvent aussi être utilisés pour discuter autour d'une prise en soins qui serait difficile. Ce sont des éléments qui permettent de donner l'occasion au personnel soignant de s'exprimer sur certains aspects, autant positifs que négatifs, et avoir un endroit pour être écouté et entendu (p.19).

Une bonne communication va de paire avec de bonnes transmissions.

2.7 Les transmissions d'informations

Les transmissions d'informations sont essentielles dans ces professions afin qu'il y ait un certain suivi. Selon Pascal et Frécon Valentin (2003), cité par Darmon Truc (2008), « les transmissions écrites et/ou orales permettent à chaque membre de l'équipe soignante, de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Elles sont indispensables à la continuité des soins » (p. 9).

Nous pouvons séparer les transmissions en deux catégories : les transmissions écrites et les transmissions orales. « Les transmissions écrites ont pour but de structurer l'écrit infirmier dans le dossier de soins du patient. [...] Elles permettent une photographie du patient. [Elles] permettent de communiquer des informations sur le patient afin que les différentes équipes en connaissent les informations ». (Darmon Truc, 2008, p. 10). Les transmissions orales sont quant à elles « la passation d'informations entre des soignants, à un moment donné. [...] Elles permettent une articulation des soins entre les équipes dans le but d'assurer la continuité des soins » (Darmon Truc, 2008, p. 14).

Dans la profession d'ambulancier, les transmissions orales et écrites sont usuellement appelées « remises ».

La « remise » est effectuée aux urgences par les ambulanciers à leur arrivée dans le service. Selon la théorie enseignée à l'école d'ambulanciers de Genève, les transmissions orales s'appuient sur la méthode appelée SACPACT, acronyme des points suivants :

- **S**exe
- **A**ge
- **C**irconstances de l'accident
- **P**roblèmes principaux (signes et symptômes)
- **A**ntécédents pertinents (médico-chirurgicaux, traitements médicamenteux)
- **C**onstantes pertinentes
- **T**raitements entrepris

C'est un moyen mnémotechnique que peuvent utiliser les ambulanciers pour se rappeler des éléments principaux à aborder lors des transmissions orales (Henchoz, 2010, p 34).

Ces transmissions sont communiquées soit à l'infirmière IAO qui oriente les patients, soit directement à l'infirmière qui prendra en soins le patient. Le but de cette remise est de permettre à l'interlocuteur d'avoir une vision globale du patient et d'être capable d'évaluer les complications qui pourraient survenir. Une fois les transmissions effectuées, l'infirmière doit être capable d'évaluer la gravité de l'état du patient et d'effectuer les soins adaptés afin de garantir la sécurité du patient. L'ambulancier a donc un rôle important. Il doit être clair, concis et connaître les points essentiels à une future prise en soins efficace.

Selon Henchoz (2010), il existe plusieurs critères qui définissent des transmissions efficaces :

- **Brèves** : « De peu de durée dans l'expression, le discours. »
- **Concises** : « Qui s'exprime, pour un contenu donné, en peu de mots. »

- Objectives : « Dont les jugements ne sont altérés par aucun prétexte d'ordre personnel. »
- Précises : « Exposé précis et succinct. »
- Structurées : « Qui a une structure propre ; qui peut être défini par une structure. » (p. 33).

Il est donc important d'être synthétique afin que les informations passent au mieux. La synthèse est définie selon Le Petit Robert (2003) comme étant une : « Opération intellectuelle par laquelle on rassemble les éléments de connaissance concernant un objet de pensée en un ensemble cohérent ; vue d'ensemble » (p. 2545).

Ces aspects-là ne sont pas toujours évidents à rassembler, surtout s'il y a plusieurs acteurs lors de la prise en soins et que la situation de soins se passe dans l'urgence. En effet, si la situation est calme et stable, l'ambulancier peut plus facilement prendre le temps d'expliquer la situation que s'il y a une urgence vitale.

Les transmissions permettent le relais de la prise en soins du patient entre les ambulanciers et les infirmières. C'est donc une partie du travail qui doit être fait de manière efficace pour que cette prise en soins soit adéquate.

Cependant, les transmissions peuvent aussi parfois poser problème pour les ambulanciers. En effet, selon Pichonnaz (2011), « les informations recueillies durant l'intervention ne sont pas toujours considérées par le personnel des urgences. Elles sont transmises lors de l'arrivée du patient aux urgences, mais sont rarement utilisées dans la suite de la prise en charge. Une des explications semble être la différence de formation » (p. 27).

C'est grâce à des transmissions pertinentes, selon les critères ci-dessus, que l'infirmière pourra faire preuve de reconnaissance vis-à-vis de la qualité du travail des ambulanciers. Nous abordons ce thème dans le chapitre suivant.

2.8 La reconnaissance au travail

Selon Brun (2008), la reconnaissance au travail est un « objet insaisissable car multidimensionnel, elle est à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou «symbolique». La pratique de la reconnaissance doit prendre en compte toutes ces dimensions » (p. 1).

Selon cet auteur, il existe quatre grandes dimensions pour définir la reconnaissance :

« La reconnaissance existentielle s'intéresse à la personne ou au collectif de travail, s'exprimera en terme de relations : saluer ses collègues lors de l'arrivée le matin, consulter les salariés avant de prendre une décision, les tenir au courant des décisions prises, de l'évolution de l'entreprise. En somme valoriser tout ce qui respecte le salarié comme une personne importante dans l'organisation » (Brun, 2008, p. 2-3).

« La reconnaissance de la pratique porte principalement sur la manière d'exécuter le travail, qu'il s'agisse des comportements, des compétences ou des qualités professionnelles du ou des travailleurs. En termes concrets, cela suppose de souligner la qualité d'un travail bien fait, pas simplement d'évoquer les problèmes, mais aussi de valoriser les dimensions cachées du travail comme la créativité, l'innovation ou l'autonomie » (Brun, 2008, p. 2-3).

« La reconnaissance de l'investissement (qui s'intéresse aux efforts consentis indépendamment des résultats obtenus) va se traduire par exemple par des remerciements pour les efforts accomplis. S'il s'agit de l'investissement dans un projet, on confiera au salarié des responsabilités plus grandes. De ce point de vue, la logique de la délégation peut être signe de reconnaissance et de confiance » (Brun, 2008, p. 2-3).

« La reconnaissance des résultats porte principalement sur le produit final : rendement, travail accompli. Ici, les modes de reconnaissance sont plus concrets et plus directs. Que ce soit sous forme de prime au rendement, de rétribution symbolique en termes de statut ou parfois même de courrier personnalisé envoyé pour souligner que l'objectif a été atteint ou de « pot » après la fin d'un projet, les gratifications sont les bienvenues » (Brun, 2008, p. 2-3).

Selon Arial et al. (2009), dans la vie professionnelle en général, de plus en plus de salariés demandent cette reconnaissance qui favoriserait la santé au travail. Il est capital d'en parler afin de montrer la problématique liée à la mise en valeur de leurs compétences. En effet, malgré l'évolution du métier, la profession d'ambulancier est encore souvent comparée à celle d'un brancardier par rapport à leurs « compétences physiques » initiales. A ce jour, elle reste pour les autres professionnels de la santé la définition même de l'ambulancier (p. 14).

Toujours selon les mêmes auteurs, la jeunesse de leur profession montre que les ambulanciers doivent légitimer leur rôle, en faisant partie intégrante de la chaîne de secours. « Cela amène à considérer les relations que les ambulanciers entretiennent avec le personnel des urgences, qui semblent être un élément conditionnant ce sentiment de reconnaissance professionnelle » (Arial et al., 2009, p. 15-16). Ce lien social crée une certaine affinité. Il est meilleur quand les personnes se côtoient et se connaissent lors de leur pratique quotidienne.

Mais la reconnaissance se voit aussi par la valeur des années. Tous les ambulanciers ayant une certaine expérience auront tendance à mettre en valeur leur profession par leur expérience sur le terrain et aussi par toute l'évolution du métier. Les jeunes iront eux, plus dans le domaine qu'ils maîtrisent, c'est-à-dire les connaissances acquises par la formation (techniques et médicales) (Pichonnaz, 2011, p. 24).

Peneff (1992) souligne un point clé pour montrer la non reconnaissance de la part de l'infirmière vis-à-vis de l'ambulancier. En effet, le suivi du patient ne peut être effectué par l'ambulancier et donc il ne peut apprécier la justesse de son

« diagnostic » (p. 128). Ce qui serait une forme de reconnaissance selon Pichonnaz (2011) si les infirmières transmettaient des données à l'ambulancier sur l'évaluation du patient. Toujours selon le même auteur, la reconnaissance des patients envers leurs « sauveurs » est aussi un élément important. Les ambulanciers expriment ce même sentiment de non reconnaissance, dû essentiellement au fait qu'ils passent très peu de temps auprès du patient. Il faut préciser que le patient voit le confort et l'attention qu'il reçoit, mais ne voit pas toujours les compétences dont disposent les ambulanciers. Le patient ne peut également pas évaluer leurs compétences techniques et médicales. En effet, « Le patient n'étant pas capable de valoriser ce type d'aptitude, ce sont bien les autres acteurs de l'urgence qui seraient à même de le faire » (Pichonnaz, 2011, p. 24).

Peneff (1992), lors de son observation en tant que brancardier, parle de reconnaissance d'investissement, en mentionnant la force physique que doivent avoir les ambulanciers lors de la pratique extrahospitalière (p. 73).

C'est ainsi que nous pouvons mettre en avant la problématique qui s'opère dans les services d'urgence, l'apparition de mésententes, voire plutôt de conflits qui sera également un point clé dans la collaboration entre l'infirmière et l'ambulancier, ainsi que dans la survenue du stress.

2.9 Le stress au travail

Les professions d'infirmière et d'ambulancier sont connues pour être stressantes. En effet, ces professionnels sont exposés à des contraintes psychologiques importantes et répétées, dues à l'état parfois critique des patients et aux responsabilités auxquelles ils doivent faire face.

Le stress est « une réponse à l'organisme en vue de s'adapter à toute demande de son environnement » (Selye, 1956, cité par Douchamps, p. 8). Toute situation stressante induit des réactions hormonales, physiologiques et neurobiologiques.

L'organisme va alors réagir en s'adaptant. Selye (1956) définit cette réaction comme le syndrome d'adaptation générale et qui est, d'une certaine manière, la réponse à l'évolution du stress.

Lorsque nous parlons de stress, il est important de différencier les deux catégories de stress : le premier considéré comme le « bon stress » et le deuxième considéré comme le « mauvais stress ».

Comme le dit Alberti (2010), « *Le bon stress* apparaît lorsque l'on est exposé dans des situations où il y a des solutions, où notre niveau de capacité, de compétence est en rapport avec la tâche et où le contexte est positif. Cela nous rend performant, résistant et maintient notre cerveau et notre organisme en bonne forme ». Il faut donc regarder ce premier stress comme quelque chose qui est positif et qui nous permet d'avancer et de démultiplier nos performances.

« *Le mauvais stress* apparaît, quant à lui, lorsque les exigences ou la pression, réelles ou que l'on impose, durent trop longtemps. » (Alberti, 2010). Ce type de stress nous bloque, nous empêche d'agir et diminue nos capacités.

Le stress se retrouve au travail et de nombreux facteurs en sont la cause. Ces causes sont différentes suivant les institutions, mais elles peuvent être, par exemple, liées aux conditions de travail, à des problèmes de communication ou autres. Peneff (1992), stipule que le « desk » est un lieu où la communication orale est extrêmement intense par différents éléments comme par exemple le téléphone sonnant plusieurs fois par heure (p. 115).

L'impact de ce stress sur la personne est nuisible à cause du caractère répétitif de la situation. En effet, lorsque les symptômes sont décelables chez la personne, celle-ci se trouve déjà affectée par les conséquences du stress telles que des difficultés d'endormissement, un isolement social, un absentéisme fréquent, etc. La personne se retrouve donc dans une situation où elle n'arrive plus à être efficace dans son travail.

Il est également important de souligner que nous ne sommes pas égaux face au stress. En effet, deux personnes ne se comporteront pas de la même façon face à l'agent perturbateur, d'autant plus si celui-ci n'en est pas conscient. De plus, le stress est communicatif. C'est-à-dire qu'une personne stressée risque

d'influencer une autre personne et ainsi de suite. Ainsi, les conséquences du stress ne sont pas anodines et peuvent causer de nombreux problèmes autant pour la personne elle-même que pour les individus qui l'entourent.

La profession d'infirmière est bien connue pour être une profession dite « stressante ». En effet, ces personnes sont, dans leur travail, confrontées à de nombreux stressseurs, comme la surcharge au travail, la complexité des soins, l'exigence d'un travail rigoureux, la mort des patients, le travail en équipe, etc. Ils sont donc très souvent liés aux conditions de travail. Cependant, comme il est extrêmement difficile, voire impossible, de changer ces événements perturbateurs, ces professionnels sont donc obligés de trouver des moyens organisationnels ou personnels pour s'en sortir. Si ces défenses sont insuffisantes, les événements dits « stressants » peuvent aboutir à l'épuisement professionnel ou au syndrome de burn out. L'épuisement professionnel est alors « caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintérêt pour autrui, etc. » (Cordes et al., 1993 ; Firth *et al.*, 1987, cités par D'Hoore et *al.*, p. 9).

La profession d'ambulancier quand à elle n'échappe pas au stress et à la charge émotionnelle, c'est-à-dire que les ambulanciers sont eux aussi exposés à des faits stressants au niveau mental et intellectuel. Ils doivent avoir de nombreuses compétences : techniques, médicales, bonne conduite d'un véhicule sanitaire, mais aussi sociales dans la relation avec le patient.

Pichonnaz (2011) souligne une grande part d'imprévis dans la journée de l'ambulancier car il ne sait pas les interventions auxquelles il sera confronté, ce qui ne lui permet pas d'aménager son temps de travail avec l'humeur, la motivation ou encore la fatigue du jour. Parmi les contraintes, le même auteur constate différents points : travailler vite, rester concentré de jour comme de nuit, assurer la responsabilité de l'intervention, une prise de décision rapide et efficace, faire des choix de techniques importants donc être performant en étant limité dans le temps. Pour finir, nous relevons des horaires irréguliers et donc une répercussion sur la vie sociale.

Selon Sterud, Ekeberg et Hem (2006), cité par Pichonnaz (2011, p. 20), de nombreuses études se sont penchées sur le stress de cette profession. Cependant, le stress au sein de cette population de travailleurs est difficile à définir car ces études ont un discours incertain sur ce sujet. Il n'est pas évident pour les ambulanciers de définir cette notion de stress, très vite ils expriment la notion d'adrénaline. Ainsi, ils parlent de situations contraignantes mais qui peuvent être aussi parfois stimulantes. Selon Buscatto et al. (2008) cité par Pichonnaz (2011, p. 20) « ce que les ambulanciers nomment « montée d'adrénaline » est appréciée parce que ces moments sont synonymes de plaisir, d'excitation ; ils sont constitutifs de l'activité et donnent sens au travail ». Peneff (1992), quant à lui, décrit un sentiment d'excitation de la part des personnes travaillant dans l'urgence lors d'interventions bien contrôlées et dont ils ne souhaiteraient pas se passer (p. 137).

Lors d'une intervention importante pour les ambulanciers, l'adrénaline peut être à la fois une sensation d'émotions négatives, mais aussi d'effervescence. Ce type d'intervention est très enviée et valorisante quand tout se passe bien (Pichonnaz, 2011, p. 22).

Afin de donner un sens aux différentes recherches effectuées sur le sujet, les auteurs, comme Buscatto et al., cité par Pichonnaz (2011), se basent sur la sociologie et le constructivisme. Les plaintes des travailleurs dites « collectivement partagées » seraient le reflet social de la profession d'ambulancier et ce qui montre que ce stress correspond bien à la plainte d'un malaise : celle d'une non reconnaissance professionnelle des patients vis-à-vis des ambulanciers. On ne parle pas ici de la non reconnaissance des autres professionnels de la santé, mais d'une source de stress et une souffrance pour tous les ambulanciers (Pichonnaz, 2011, p. 19).

La charge émotionnelle au quotidien confronte l'ambulancier à une altération de son bien-être psychique. Selon Arial et al. (2009) « Amener une personne âgée à l'hôpital et pressentir que c'est la dernière fois qu'elle va voir son appartement, peut engendrer une charge émotionnelle plus importante que lors de la prise en

charge d'une personne polytraumatisée par exemple » (p. 15). Ceci peut provoquer un sentiment de tristesse chez l'ambulancier.

Selon Baladier et Favre (2002), pour l'évaluation du stress chez les ambulanciers, il serait aussi judicieux de parler du stress post-traumatique engendré parfois lors de situations difficiles comme des incendies, des disparitions de personnes, d'accidents ou de violences diverses. Les séquelles possibles d'un tel traumatisme vont du mauvais souvenir en passant par les insomnies, la nervosité ou encore l'irritabilité et l'intolérance face aux proches, voire aux collègues de travail. « Même les soignants les plus aguerris atteignent le seuil de l'émotionnellement supportable ». (p. 62). Toujours selon les mêmes auteurs, pour faire face à ce stress, on parle de « débriefing psychologique » : celui-ci permet une gestion du stress. Il peut être fait aussi bien avec des personnes primaires (celles qui ont eu le traumatisme) ou avec des personnes secondaires (celles qui ont risqué leur vie pour sauver une personne). Il peut se faire individuellement ou en groupe et son objectif est de permettre aux participants de mettre des mots sur ce qui s'est passé en exprimant les émotions ressenties (p. 63). Ainsi une prise de conscience s'opère et il est possible d'introduire un enseignement comme la gestion du stress par la respiration, une bonne hygiène de vie ou une prise de conscience des ressources de chacun. Ainsi, grâce au « débriefing », la majorité des traumatismes peuvent être dépassés et ainsi permettre une reprise de contrôle de sa vie (p. 64). (cf annexe 11).

Arial et al. (2009) constatent une autre pratique faite par les ambulanciers afin de trouver un équilibre entre l'engagement émotionnel et la distanciation afin de faire face au stress. Pour cela, ils font appel à une verbalisation de la situation vécue par l'humour. Ainsi l'autodérision, la moquerie ou encore l'humour noir sont des moyens de « décompresser » (p. 15).

Peneff (1992) parle également de cet humour : « En exhibant cet humour cruel, on montre son refus de se laisser émouvoir, de se « laisser avoir » par les

confessions, les confidences dont les boxes seraient témoins si on sollicitait ou écoutait avec indulgence les patients sous le choc ou fabulateurs » (p. 196).

D'autres manières de gérer le stress existent comme de ne pas se mettre à la place de l'entourage, ne pas s'identifier au contexte social ou encore de ne pas regarder le visage entier du patient mais uniquement l'endroit blessé.

Selon Arial et al. (2009), il est important de préciser que pour les ambulanciers, il serait préférable pour gérer ce stress, qu'ils n'aient pas d'informations sur le devenir du patient, mais plutôt un retour quant à leur prise en soins technique : un suivi médical qui les reconforte dans leurs compétences et non un retour émotionnel du patient (p. 15).

Nous allons maintenant exposer les différentes valeurs qui fondent notre pratique soignante.

2.10 Posture professionnelle

Dans le cadre de ce travail, nous aimerions ici reprendre des références professionnelles infirmières qui éclairent l'état d'esprit et la prise en soins de ces professionnels, ce qui est différent pour les ambulanciers, car ils semblent ne pas en avoir.

Les références des soins infirmiers viennent essentiellement du monde anglo-saxon puisque les premières facultés de Sciences Infirmières y ont été implantées il y a environ un siècle (début du vingtième siècle).

Pour faire référence aux soins infirmiers qui nous concernent, nous pouvons parler de différents auteurs qui ont contribué à l'évolution des soins. Il y a par exemple, la contribution des écrits de Virginia Henderson utilisés pour développer la conception internationale de notre profession. Son modèle de soins des quatorze besoins fondamentaux fait partie de notre courant de pensée. Nous nous référons à son modèle tous les jours lorsque nous pratiquons. Il est un véritable guide pour l'élaboration de recueils de données et pour évaluer ce qui pose problème et permet de comprendre que l'environnement peut agir

positivement ou négativement sur la personne (cité par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 41).

Dans son travail l'infirmière s'inspire de l'école de l'interaction de Peplau qui mentionne: "Afin d'être en mesure d'aider, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, s'impliquer de façon thérapeutique et s'engager dans le soin". Cette perspective ne peut être faite que par des infirmières capables de reconnaître leurs émotions, pour comprendre leur propre comportement, et ainsi utiliser un processus en quatre phases : orientation, identification, exploitation et résolution (cité par Pépin et al., 2010, p. 57). Elle pense également que le soignant en tant que personne, est souvent confronté à des situations qui le ramène à son propre vécu. L'infirmière peut transformer cette anxiété en énergie positive pour ainsi répondre aux besoins du patient.

Selon Way et Jones (2000), la collaboration interprofessionnelle est également une des fonctions que l'infirmière doit pouvoir remplir : "La collaboration interprofessionnelle est définie comme étant un processus communicatif et décisionnel entre professionnels grâce auxquels la synergie entre les connaissances et les compétences distinctes et partagées des dispensateurs de soins de santé influence les soins prodigués aux patients" (cité par Pépin et al., 2010, p. 98).

Selon O'Connel (2000): "Au cours d'échanges entre collègues infirmières, les connaissances partagées renforcent le potentiel et la compétence de l'ensemble des infirmières et contribuent à assurer une pratique de qualité". Cette citation met en évidence l'objectif de la collaboration qui doit être optimale. Pour cela, les infirmières doivent développer différentes qualités, comme être compétentes, autonomes mais aussi responsables. (cité par Pépin et al., 2010, p. 97).

La collaboration entre infirmières et ambulanciers est essentiellement centrée sur des aspects médicaux, cependant chez les infirmières, il y a idéalement une prise en soins plus large basée sur la personne, son environnement, ses soins et sa santé.

Concernant son environnement, l'infirmière considère que chaque personne est unique et qu'elle est en interaction directe avec lui (famille, amis, entourage).

Intégrer la famille dans les soins est primordial. Cet aspect s'appuie sur l'approche systémique familiale de Calgary qui privilégie une perspective systémique de la famille et qui encourage l'infirmière à tenir compte du lien qu'il existe entre la maladie et la famille. Fabie Duhamel développe le concept de dynamique familiale dans les soins infirmiers (p. 63). Elle considère que la maladie a une influence sur la dynamique familiale. Pour elle, l'infirmière doit effectuer des interventions auprès de la famille, car « la famille est la cible du soin » (Duhamel, 2007 cité par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 41).

En lien avec l'approche systémique, nous faisons également référence au modèle de soins infirmiers de McGill qui promeut la santé et qui considère que « la personne est conceptualisée sous forme de famille. Celle-ci possède une grande influence sur ses membres et, inversement, chaque membre influence la famille. L'individu et la famille sont des systèmes ouverts en interaction constante l'un avec l'autre, et avec son environnement et sa communauté. [...] La famille est active, elle tend à résoudre ses problèmes, elle apprend de ses propres expériences, ce qui lui permet d'accomplir les buts qu'elle vise. » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 41.) Il montre qu'il y a un réel partenariat et une collaboration entre l'infirmière, le patient et sa famille. Le patient et sa famille jouent un rôle clé dans la gestion de la santé de la personne hospitalisée. Et comme la santé et la maladie sont interpellées, il est essentiel qu'il y ait un partenariat entre le patient, sa famille et l'infirmière.

Pour nous, certaines valeurs professionnelles et éthiques sont essentielles dans la profession d'infirmière. Le principe d'autonomie, de bienfaisance, de non-maltraitance sont des principes éthiques et déontologiques qu'il nous faut garder à l'esprit lors de nos prises en soins. Les professionnels de la santé ont peut-être parfois tendance à les oublier à cause notamment de la surcharge de travail et du stress qui en découle, mais aussi parce que certaines personnes semblent ne pas y faire attention, tout simplement.

Le principe de bienfaisance vise, quant à lui, à favoriser le bien des autres. Le soignant doit veiller à ce que l'intérêt du patient soit mis en avant et que nos actions lui soient favorables.

Le principe de justice tend à ne pas être respecté en Suisse avec l'arrivée d'une médecine à deux vitesses. En effet, les primes des assurances maladies sont identiques pour les riches et les pauvres, les familles nombreuses et les célibataires sans enfant.

L'empathie, quant à elle, est une capacité de comprendre ce que l'Autre vit ainsi que d'être capable de se mettre à sa place pour saisir ce que la personne peut ressentir. Elle permet d'offrir des soins de qualité, au plus proche de la personne, sans jugement, ni prise de position.

L'écoute est aussi fondamentale, car elle permet de tenir compte des choix du patient et de dispenser des soins dans un réel partenariat avec ce dernier.

Chapitre 3 :

Méthodologie

3.1 Méthodologie de la recherche

Nous avons entrepris une recherche de type descriptive où nous avons observé les influences de la méconnaissance des professions d'infirmière et d'ambulancier sur leur collaboration.

Nous pouvons rappeler ici que ce recueil de données a pour but de découvrir si la méconnaissance réciproque des professions d'infirmière et d'ambulancier entrave-t-elle une collaboration optimale lors de la prise en soins d'un patient aux urgences ? Comment la cohésion d'une équipe améliore-t-elle les relations au travail ? Comment les infirmières et les ambulanciers font-ils appel à leurs ressources personnelles pour s'adapter aux différentes situations ? Observons nous que le stress est générateur de conflits et/ou modifie les relations de travail et finalement si la qualité des transmissions peut modifier la prise en soins ?

Nous avons mené des entretiens de type semi directifs, afin de récolter des données qualitatives. Les entretiens de type semi directifs, nous ont semblés les plus adaptés à notre étude, car ils permettent à la personne interviewée de s'exprimer le plus librement possible sur des questions précises.

La direction des soins des HUG nous a délivré l'autorisation de faire des entretiens avec des infirmières des urgences adultes. Pour les ambulanciers, nous avons également reçu l'accord du directeur de l'entreprise d'ambulances privée que nous avons choisie.

Nous avons réalisé un formulaire de consentement²⁵ et une lettre d'information²⁶ sur le sujet et le but de notre mémoire. Ils ont été remis aux différentes personnes au début de nos entretiens.

Les différents entretiens ont été enregistrés par un dictaphone (avec l'accord des personnes concernées) ce qui nous a permis de les retranscrire afin de pouvoir mieux les exploiter par la suite. Nous avons travaillé les entretiens de manière descriptive, puis interprétative selon les thématiques.

3.2 Présentation du guide d'entretien

Nous avons élaboré deux guides d'entretien²⁷, un pour les infirmières et un autre pour les ambulanciers, car certaines questions devaient être adaptées à la spécificité de leur profession. Nous avons tout de même gardé la même trame d'entretien pour pouvoir ensuite les analyser de manière comparative.

Nous les avons rédigés en nous basant sur nos hypothèses de départ après avoir mis en évidence les éléments clés de notre cadre théorique. Nous avons ainsi dégagé cinq grandes thématiques pour les guides d'entretien.

I. Définir la collaboration entre infirmières et ambulanciers lors de la « remise » du patient : les infirmières et les ambulanciers étaient invités à s'exprimer sur les éléments importants de la « remise » selon leur point de vue.

II. Définir si le sexe de l'ambulancier ou de l'infirmière influence les relations de travail : les professionnels expriment ici leur ressenti qu'ils soient en présence d'un homme ou d'une femme au moment de la transmission.

²⁵ cf annexe 5

²⁶ cf annexe 6

²⁷ cf annexes 7 et 8

III. Définir si le stress est un facteur déterminant dans les relations entre les protagonistes intra et extrahospitaliers : les professionnels donnent librement leur avis sur leur ressenti.

IV. Définir si ces deux catégories de professionnels connaissent leur formation et leur profession respectives : l'évolution de la profession d'ambulancier serait un facteur clef qui changerait la prise en soins et le travail de l'infirmière.

V. Proposer des aspects qui amélioreraient les conditions de travail aux urgences : les deux professions font référence aux différentes façons de s'intéresser à la profession de l'un et de l'autre.

3.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont duré environ 1 heure et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les entretiens des infirmières ont eu lieu aux urgences dans une salle d'entretien réservée aux familles, donc au calme. Les entretiens des ambulanciers ont été réalisés au sein de la société dans les bureaux administratifs, également dans un lieu tranquille.

Les infirmières ainsi que les ambulanciers ont tous souhaité, dès le début, que nous les tutoyions lors des entretiens. Ils nous ont précisé que les infirmières et les ambulanciers se tutoient d'emblée sur leur lieu de travail.

Lors des entretiens, les participants ont souligné que les informations qu'ils allaient nous transmettre, n'étaient pas des généralités mais des données et des ressentis personnels.

Nous avons eu l'impression que les personnes interviewées étaient anxieuses, car plusieurs fois, elles nous ont dit qu'elles ne voulaient pas dire de « bêtises » lors de l'enregistrement de l'entretien. Nous n'avons pas le sentiment que cela les ait empêché de répondre de manière spontanée à nos questions.

3.4 Présentation de la population interrogée

- Sur cinq personnes interrogées, trois sont des infirmières de sexe féminin et deux sont des ambulanciers, un homme et une femme.
- Une des infirmières a une trentaine d'années et deux des infirmières ont environ cinquante ans. Un des ambulanciers a 37 ans et l'autre a 56 ans.
- Une des deux infirmières, celle qui a le plus d'expérience, aurait voulu changer d'orientation lors de son arrivée aux urgences et ainsi pouvoir travailler sur le terrain, donc sortir avec le cardiomobile ou SMUR (Service Médical d'Urgence et de Réanimation).
- Une infirmière ainsi qu'un ambulancier sont français. L'infirmière a un Diplôme d'Etat d'Infirmière (DEI) et l'ambulancier a un certificat d'ambulancier français puis une validation de leurs acquis par la Croix-Rouge Suisse. Les autres infirmières et l'ambulancier ont un diplôme suisse.
- Deux des infirmières ont été choisies par l'adjointe de la responsable des soins du Département de Médecine Communautaire de Premier Recours et d'Urgence et la 3^{ème} infirmière, moins expérimentée au poste d'IAO, nous a été recommandée par une infirmière travaillant aux urgences.
- Les deux ambulanciers étaient des connaissances professionnelles.
- L'âge et l'expérience ont été des critères de sélection pour nos entretiens ; ainsi nous avons interviewé une troisième infirmière plus jeune dans la profession que les deux autres et un ambulancier quant à lui plus âgé et plus expérimenté.

3.5 Analyse des données

Nous avons décidé de nommer les entretiens dans l'ordre chronologique dans lequel ils ont eu lieu, c'est-à-dire « entretien 1 », « entretien 2 », « entretien 3 » pour ceux des infirmières. Puis « entretien 4 » et « entretien 5 » pour ceux des ambulanciers.

Suite aux entretiens et à leur retranscription, nous avons décidé d'un recueil des données qui nous intéressaient en les triant par thèmes. Ces derniers mettent en évidence les éléments qui influencent les relations au travail entre infirmières et ambulanciers.

Nous rappelons que nous faisons une recherche de type qualitative.

3.6 Les biais de l'enquête

- Le nombre de personnes interrogées est très faible.
- La population infirmière étudiée travaille toute à l'Hôpital Universitaire de Genève et les ambulanciers, tous dans la même société d'ambulances.
- Le sexe masculin n'est pas représenté dans le domaine infirmier.
- Les ambulanciers étaient des connaissances alors que les infirmières ne l'étaient pas.

Chapitre 4 : Analyse des cinq entretiens

Suite à la retranscription de nos entretiens, nous les avons relus et nous en avons fait une analyse descriptive selon les thématiques prédéfinies. Nous avons créé un tableau qui regroupe les principaux thèmes que nous avons analysés, c'est-à-dire la collaboration entre infirmières et ambulanciers, l'influence du sexe dans les relations de travail, le stress, la connaissance réciproque de leur formation et leur profession, les aspects qui améliorent les relations de travail. Puis nous les avons partagés en sous thèmes pour analyser les propos des personnes interviewées.

Par ce tableau, nous avons réalisé un premier niveau d'analyse « descriptivo-interprétative » en les illustrant avec des citations, afin de les mettre en lien avec notre cadre théorique.

4.1 La collaboration entre infirmières et ambulanciers

Au travers des différents entretiens, les propos des infirmières interviewées font ressortir un élément principal, à savoir la distinction entre les différentes sociétés d'ambulances sur le territoire genevois. En effet, une certaine entreprise que nous nommerons X, aurait des ambulanciers plus professionnels lors de leur « remise » aux urgences.

« Alors c'est vrai que suivant qui on reçoit, ça n'a rien à voir. Pour moi, il y a l'entreprise X et il y a les autres. L'entreprise X, je pense que grâce à son directeur, enfin je ne sais pas pourquoi, mais je pense qu'il était à la base quelqu'un d'extrêmement rigoureux, pour moi extrêmement professionnel et

qui a un abord de la personne qui me plaît énormément et je pense qu'il a « tiré » au tout début. Depuis les 20 ans qu'il fait son équipe, il s'est entouré maintenant de gens qui ont son respect de la personne, sa manière de fonctionner avec les gens. Ce qui fait que même chez les tous jeunes de l'entreprise X, on va avoir des rapports qu'on n'a souvent pas avec les autres » (1 | I. 83 à 92)²⁸.

On peut donc mettre en avant ici, que la culture d'entreprise pourrait être un facteur dans la collaboration de ces professionnels de la santé. Nous n'avons pas de données écrites qui étaieraient ces propos.

Dans un second temps, les infirmières considèrent que la collaboration dépend de la personne qui se trouve en face d'elles et c'est ainsi qu'elles ressortent des valeurs de la personne : le respect, la confiance. En effet, une des infirmières dit : *« En premier, l'élément important, c'est le respect. C'est le respect des uns et des autres. Après, le respect de personne à personne. Enfin ce qui est important, pour avoir une bonne collaboration, c'est d'avoir le respect de la personne en face, même si des deux côtés, on n'a pas le même métier » (1 | I. 248 à 251).*

Pour les ambulanciers, la valeur la plus importante serait l'écoute, que nous développerons dans le chapitre sur les transmissions.

Il ressort également que lors d'une bonne collaboration, il faut que les professionnels puissent s'entraider dans leur travail en commun. C'est-à-dire lorsque l'ambulancier amène un patient « difficile à gérer » à cause de son comportement, il reste parfois pour aider l'infirmière à installer le patient sur le lit des urgences ; et parfois sur place pour discuter afin de l'apaiser. C'est ainsi qu'une infirmière mentionne :

« Quand ils voient que tu as une situation assez compliquée, ils viennent te filer un « coup de main », ce qui est plutôt agréable. Et il y en a qui,

²⁸ Méthode : le chiffre fait référence au numéro de l'entretien. La lettre A correspond à un entretien ambulancier et la lettre I à celui d'une infirmière. Puis les numéros de lignes sont indiqués.

quand ils amènent un patient qui n'est pas forcément facile à gérer, qu'il est alcoolisé ou autre, tu en as certains qui prennent le temps de rester avec toi, de calmer le patient, qui ne se sauvent pas quoi ! » (3 I 390 à 395).

L'adaptation, faisant partie intégrante de la collaboration pour une meilleure prise en soins, est un élément qui est ressorti dans la plupart de nos entretiens. Nous avons constaté que c'est l'ambulancier qui ferait un gros travail d'adaptation lors de sa venue aux urgences. Nous pouvons nous poser la question : est-ce parce qu'ils ne sont pas sur un terrain connu, mais plutôt sur celui de l'infirmière ? Un des ambulanciers exprime le fait que « *À la limite, je suis chez elle. Plus ou moins* » (4 A I. 165).

Lorsque l'ambulancier arrive aux urgences, il va s'adapter à l'IAO parce qu'il a déjà eu affaire à elle, et c'est ainsi qu'il va mettre en place des stratégies afin que le relais se passe au mieux : « *Ok, je sais comment elle fonctionne, je vais faire en sorte que ça se passe bien. Je n'ai aucun intérêt, moi, ni le patient, à ce que ça se passe mal. Donc, je fais en sorte que ça se passe bien même si ça ne me convient pas forcément* » (4 A I. 151 à 154). Selon Guérin et al. (2007), les professionnels mettent en place des « compétences de coopération », ce qui amène une adaptation de l'ambulancier face à l'infirmière pour que le patient soit bien pris en soins (p. 101).

Le travail en équipe est souvent démontré dans la littérature pour des personnes faisant partie du même groupe comme toutes les infirmières ou tous les médecins du service des urgences. Mais nous pouvons voir qu'il peut être élargi à des professionnels de la santé, sans forcément appartenir au même groupe, comme les infirmières et les ambulanciers. Selon Peneff (1992) : « Se mettre à plusieurs pour traiter directement un client engendre des formes spécifiques d'action en groupe clos (la brigade, la patrouille, l'équipe de soins) réunissant des agents de rangs divers issus de professions et de statuts inégaux » (p. 221). Mais les ambulanciers interviewés montrent bien que, malgré ce travail en équipe dans des groupes fermés, les relations ont changé avec les années et

ainsi le travail a pu s'améliorer : « *Mais pour la majorité des infirmières que je côtoie quand j'amène un patient, cela se passe bien. Et encore une fois, je pense qu'il y a eu un énorme travail relationnel de fait, d'abord entre les chefs, entre eux, puis avec nous la base : infirmiers, infirmières, ambulanciers, ambulancières* » (5 A I. 221 à 224).

Dans l'ensemble, les propos des personnes que nous avons interrogées dans le cadre de ce travail dénotent une collaboration positive.

4.2 Les transmissions

Les transmissions doivent être faites de deux manières, à la fois écrite mais aussi orale.

Pour des transmissions écrites, l'ambulancier doit remplir une Fiche d'intervention pré-hospitalière (FIP)²⁹, où il recueille toutes les données du patient avant leur arrivée et qui va lui permettre de faire sa communication orale : la « remise ».

Cependant, nous avons pu constater que cela n'était pas un travail facile à cause de la complexité de certaines situations :

« C'est bête à dire, mais je pense que faire une bonne remise, ça s'apprend. Tu ne le fais pas bien du jour au lendemain. Il y a même des gens, en sortant de l'école et en ayant l'occasion de le faire pendant les stages, pendant les exercices, n'arrivent toujours pas à faire des bonnes remises. Et puis, il te faut quand même un petit moment pour pouvoir faire ça vraiment correctement et pouvoir comprendre ce que l'infirmier de tri a vraiment besoin comme informations » (4 A I. 189 à 195).

C'est cette difficulté de synthétiser, d'avoir une vue d'ensemble des données qui poserait particulièrement problème chez l'ambulancier moins expérimenté dans la profession.

Dans les entretiens, les éléments importants pour les ambulanciers ne sont pas les mêmes selon leur ancienneté dans la profession. En effet, l'ambulancier ayant

²⁹ Cf : annexe 10.

moins d'expérience a plutôt tendance à transmettre les informations comme il les aura apprises : « *Le sexe de la personne, son âge. Si c'est pertinent, les circonstances dans lesquelles on a retrouvé cette personne. Si c'est pertinent, ce qu'on constate à leur arrivée, ce que nous faisons. Réponses aux traitements qu'on fait. Et après, médicaments, allergie éventuelle, antécédents* » (4 A I. 373 à 377). Alors que l'ambulancier confirmé fera un tri des données pertinentes, en définissant ce qui sera le plus important pour la prise en soins du patient par l'infirmière.

Les infirmières, quant à elles, ont besoin de cette ligne de conduite, qui se réfère à la théorie apprise par l'ambulancier, mais de façon claire et précise. Cependant, ceci ne sera fait que si l'ambulancier connaît les attentes de l'infirmière. Il doit donc avoir une connaissance du fonctionnement de cette personne afin de fournir des transmissions correctes pour elle : « *Il y a aussi des ambulanciers où je n'aime pas leur manière de fonctionner, où je n'ai pas du tout confiance dans ce qu'ils vont me dire, donc je vais peu les écouter et je vais aller chercher ce que je peux auprès du patient, quitte à leur reposer après deux trois questions* » (1 I I.161 à 164).

Nous avons constaté que les infirmières attendent de l'ambulancier des transmissions assez similaires. Cependant, selon leur expérience, il y aura certaines nuances. En effet, certaines attendent d'une transmission qu'elle soit faite avec rigueur, et d'autres avec clarté, précision, limpidité et qu'elles n'aient pas à poser de questions. Cela voudrait dire qu'elles possèdent toutes les informations pour pouvoir trier le patient et prendre la bonne décision quant à son degré de gravité : « *Pour moi, lors d'une anamnèse d'un ambulancier, je dois poser zéro question, je veux dire, si l'anamnèse est bien faite, je dois comprendre en quelques lignes ce qui arrive au patient* » (2 I I. 65 à 67).

Un élément important est ressorti lors des entretiens des infirmières. En effet, avoir toutes les données du patient est primordial, mais pour les infirmières ayant une certaine pratique, c'est d'avoir le ressenti de l'ambulancier par rapport à son

intervention : « *donc, c'est vraiment beaucoup de rigueur par rapport à l'interprétation et à la non interprétation* » (1 I l. 372 à 373).

Donc selon les transmissions, les propos sont nuancés et mettent en évidence des éléments tels que rigueur, clarté, précision voire exhaustivité.

4.3 Communication : source de conflits

Nous pouvons mettre en évidence que pour la réalisation d'une bonne communication, il faut que l'émetteur et le récepteur soient sur la même « longueur d'onde », qu'ils utilisent entre eux le langage verbal mais aussi non verbal. Si tous ces éléments ne sont pas respectés cela entraîne des conflits entre les différents protagonistes.

Nous avons observé, lors de nos entretiens, que le « desk » des urgences est un lieu ouvert où beaucoup de monde circule, ce qui peut entraîner chez l'infirmière une source d'inattention : « *Dans son non verbal, il n'y a pas d'écoute active. Elle ne t'écoute pas, elle est facilement distraite par ce qu'il se passe autour. Elle note 2-3 choses et après, elle va directement aller s'adresser au patient* » (4 A l. 116 à 118). Selon Darmon Truc (2008), il est essentiel de prendre le temps d'écouter son interlocuteur et d'être dans un environnement calme.

Nous avons déjà eu l'occasion de nous rendre aux urgences dans le cadre de notre travail ou personnellement, comme Peneff (1992), nous avons remarqué, que le bruit (téléphone, venues de personnes extérieures, médecins) qui règne dans cet endroit peut être perturbateur pour l'IAO: « Il suffit de passer quelques instants dans le PC (poste de contrôle) du service pour percevoir l'intensité de la communication orale : le téléphone sonne une trentaine de fois en une heure pour centraliser des informations d'origines diverses (pompiers, ambulanciers, familles et autres convoyeurs, médecins de ville, cliniques privées et centres de soins) » (p. 115). L'ambulancier révèle que la remise sera mauvaise s'il y a trop de bruit autour de l'infirmière : « *Donc il y a toujours beaucoup de bruit et si tu ne t'exprimes pas fort, de façon à ce que tout le monde te comprenne, ça ne sert à rien finalement* » (4 A l. 312 à 315).

Pour les infirmières interviewées, ce qui intervient le plus dans les problèmes de communication est le comportement de l'ambulancier. Ceci se passe lorsque l'ambulancier ne respecte pas le patient ou les autres professionnels lors de son arrivée aux urgences. Il montre parfois une attitude avec aucun égard : « *C'est vrai que pour moi, l'arrivée est importante. On n'arrive pas en rigolant. Il y a des tas de gens pour qui, ici, ce n'est pas leur quotidien... Les ambulanciers, quand ils arrivent en rigolant, même si le monsieur qui est sur le brancard ne le voit pas, les autres de la salle d'attente le voient. Donc on n'arrive pas en riant, en criant, [...]. Il y a un minimum de respect* » (1 I I. 398 à 402). Ceci engendre une discorde et interfère sur la qualité de la « remise ».

Autres propos : lors de l'encadrement de la jeune infirmière au poste d'IAO par les infirmières expérimentées, celles-ci l'influencent en lui donnant leur a priori sur les différents ambulanciers : « *On peut faire confiance à l'ancien, le jeune il n'a pas encore fait ses preuves donc on va plutôt écouter l'ancien, mais on écoute quand même le jeune parce que c'est lui qui était derrière, il a vu ce qui s'est passé, il a peut-être des informations importantes à donner [...]* » (5 A I. 361 à 364). Peneff (1992) remarque aussi que les infirmières posent des étiquettes sur ces professionnels de l'extrahospitalier : « les infirmières expérimentées transmettent aux stagiaires les recettes efficaces avec tel ou tel » (p. 122).

Parfois, certaines attitudes peuvent être source de conflits lorsque l'ambulancier n'est pas sincère dans ses propos : « *Si on sait, on sait, on le dit, si on ne sait pas, on le dit aussi. Je n'ai pas envie qu'on me raconte des bourdes, je n'ai pas envie que...ça aussi, on sent bien quand on pose certaines fois des questions et qu'ils n'ont pas la réponse, on a l'impression qu'ils sont pris en défaut, du coup, ils vont chercher à répondre des trucs mais ce n'est pas du spontané donc tu vois bien, ce n'est pas cool* » (2 I I. 86 à 90). Nous pouvons supposer que ces comportements sont dus au manque d'informations que l'ambulancier possède ou à un manque de confiance en eux.

Lorsque l'ambulancier ne possède pas assez d'informations, où lorsque l'IAO a le sentiment que ce que raconte l'ambulancier n'est pas cohérent, elle ira auprès du patient pour lui poser des questions sur les circonstances de sa venue aux

urgences : « *Il y en a d'autres, ça part dans tous les sens, il n'y a pas un bon respect de la personne, ils ne disent pas leur impression. Ils te disent les choses comme si c'était des faits, [...], je recommence ma feuille de tri et je vais auprès du patient et ça ira plus vite* » (1 | l. 99 à 102). Ce comportement peut être source de désaccord entre ces professionnels de la santé.

4.4 Affinité

Le sentiment d'affinité est ressorti lors de nos entretiens auprès des infirmières mais aussi auprès des ambulanciers : il permet une meilleure collaboration dans le travail en équipe.

Il est vrai que dans certains hôpitaux de petite ou moyenne structure, l'affinité se fera plus facilement, car souvent la centrale des ambulanciers se trouve à côté de celle des urgences. C'est ainsi que le personnel des urgences et les ambulanciers tissent des liens d'amitié sur leur lieu de travail. Peneff (1992) décrit une affinité masculine : « D'ailleurs, pompiers et aides-soignants hommes se connaissent, se rendant des services ; la petite dimension de la ville [...]. Dans de nombreux autres hôpitaux, il n'en va pas de même : on fait attendre les pompiers, on ne s'empresse pas pour les aider. Leur travail de pourvoyeur n'est pas apprécié » (p. 46-47). Nous avons pu aussi observer chez les infirmières des HUG et les ambulanciers de la société privée que nous avons interviewés que la plupart ne se connaissent pas, sauf ceux qui sont présents dans la profession depuis de nombreuses années. Dès lors s'ils se connaissent, une confiance se crée et engendre une meilleure collaboration : « *Il est donc clair qu'au bout d'un moment, quand tu connais bien ces ambulanciers, tu vas avoir un respect professionnel. Alors même si ce sont des gens que tu ne connais pas à l'extérieur, c'est beaucoup plus simple quand tu as un respect professionnel et que tu as confiance en ce que la personne te dit* » (1 | l. 188 à 192).

Peneff (1992) démontre que cette complicité qui s'installe entre eux permet une meilleure adaptation lors des remises et donc un meilleur travail en équipe. Pour cela, les professionnels de la santé doivent développer des indicateurs, tels que

les échanges de biens et de services, ou réaliser ensemble des activités extra-professionnelles. Mais ce type de procédé n'est réalisable que dans de petites structures.

Cette affinité est très clairement ressortie chez les ambulanciers, car elle influence leur comportement lors de la remise : « *Je pense que le contact que tu as personnellement avec la personne va changer un tout petit peu la remise. Tu vas peut-être parfois te permettre de mettre un petit peu d'humour, ou ce genre de chose, quand tu sais que ça va être bien pris. Moi, je pense que le contact que tu as personnellement, le contact que tu as avec l'infirmière peut changer aussi* » (4 A l. 247 à 251). Une infirmière le reconnaît également : « *C'est vrai que tu es plus accueillante, tu vas leur faire la bise... Voilà, c'est plus convivial et même eux sont plus souriants. Au final, quand ils connaissent la personne qui est à l'accueil, tu sens qu'ils sont plus souriants* » (3 l. 573 à 575).

4.5 Reconnaissance

Selon nos observations, il y a une certaine courtoisie et du respect entre les infirmières et les ambulanciers. Selon Brun (2008), cette reconnaissance existentielle est aussi présente au sein de ce groupe. Pour cela, les infirmières seront, en général, plutôt accueillantes lors de l'arrivée des ambulanciers avec le patient :

« Moi, franchement, je fais assez attention à l'accueil. Sur le sourire, sur tout ça, je fais vachement attention et j'espère que ça durera parce qu'avec le temps, tu te demandes si tu y arriveras. Après, ils peuvent ressentir que tu es un petit peu énervée parce que souvent, ils arrivent et ils voient la situation donc ils peuvent sentir que tu es un petit peu agacée, mais au final, j'arrive à faire abstraction quand ils arrivent » (3 l. 382 à 387).

Selon Brun (2008), la deuxième dimension de la reconnaissance est au niveau de la pratique. Nous avons remarqué que les infirmières avaient une certaine

reconnaissance envers les ambulanciers lors de leur travail sur le « terrain », plus précisément des conditions d'intervention et de leur prise de responsabilités :

« Ici, on est chez nous. C'est très, très différent de l'extrahospitalier où tu n'es pas chez toi, où tu arrives chez les gens et tu ne sais pas du tout ce que tu vas trouver. Tu n'as pas de bouton, de salle d'opération. Alors qu'ici, on a tout ce qu'il faut. [...]. Mais en termes de stress, ça n'a rien à voir avec ce que les ambulanciers ont sur place. Ça n'a rien à voir ! » (1 I I. 551 à 558).

Peneff (1992) met également en avant les difficultés que les ambulanciers rencontrent sur le terrain par leur travail en extrahospitalier : « Une intervention du SMUR implique le transport à la main de 20 à 30 kg de matériel, de l'ambulance vers le lieu de l'accident ou au domicile du malade : deux valises de réanimation, la bouteille à oxygène, l'électrocardiogramme et le monitor, une sonde d'aspiration, diverses trouses » (p. 73).

L'infirmière reconnaît l'évolution des compétences des ambulanciers concernant leur pratique (leurs protocoles) qui les aident au quotidien. Pour cela, elles remarquent que le travail de l'ambulancier permet de leur faire gagner du temps et surtout d'anticiper la prise en soins du patient :

« Parfois, tu as des infirmières qui nous disent : Ah, tiens, vous avez le droit de faire ça ?! Ah ben tiens, je ne savais pas. » Typiquement, quand nous, on a de nouvelles autonomies [...]. Et là, tu voyais qu'il y avait de l'intérêt et qu'elles se disaient que c'était bien ce qu'on pouvait faire » (4 A I. 453 à 461). « Bon, j'ai un laps de temps suffisamment court pour ne pas voir l'évolution, mais c'est vrai que, quand j'ai commencé, on ne faisait pas du tout des ECG à 12 dérivations. On les fait maintenant. Et c'est vrai que quand tu arrives au desk avec ton ECG, c'est déjà une aide parce que tu as déjà un outil diagnostic, et c'est vrai qu'il me semble que c'est apprécié » (4 A 464 à 468).

Nous avons également constaté une reconnaissance de l'investissement (Brun, 2008) des infirmières vis-à-vis des ambulanciers en leur faisant parfois

totallement confiance dans leur prise en soins quand ceux-ci peuvent argumenter leur probable « diagnostic ». En effet, l'infirmière peut parfois se positionner dans le même sens que l'ambulancier, face à un diagnostic médical différent du médecin du patient:

« Et que tu as un mot du médecin qui ne dit pas le contraire mais qui dit autre chose que ce que toi tu amènes et qu'en face de toi, tu as une infirmière qui t'écoute, tu es en train de développer tes arguments, elle t'écoute et elle te dit « t'as peut-être raison, voire tu as raison » et on va suivre ton chemin, on va amener le patient passer un scanner et lorsque tu repasses quelques heures plus tard et qu'on te dit « bien vu ! C'est exactement ça », là tu te dis c'est pas mal. Elle a bien voulu m'écouter, elle m'a pas pris pour un « petit ambulancier de seconde zone » et en fait on est allés au même endroit ensemble » (5 A I. 310 à 318).

La reconnaissance des résultats selon Brun (2008) est aussi identifiable pour les ambulanciers, même si elle reste exceptionnelle. Pour cela, certaines infirmières peuvent transmettre à l'ambulancier un retour des informations concernant leur prise en soins sur un patient de la journée :

« Voilà, ça me semble important, pour mon collègue et moi même, si j'amène quelqu'un et qu'on ne sait pas trop sur quel pied danser. Qu'à notre retour, une ou deux heures après, on puisse retrouver une information via l'infirmière à qui on a amené ce patient » (5 A I. 413 à 417).

Comme le souligne Peneff (1992), ce feed-back n'est pas fréquent dans leur relation : « [...], mais avec l'inconvénient de ne pas suivre le malade et de ne pouvoir vérifier par la suite, la justesse du diagnostic ou l'évolution prévisible » (p. 128).

Après avoir montré la reconnaissance quelque peu disparate des infirmières pour les ambulanciers, il est ressorti que certains ambulanciers voudraient également que cette reconnaissance soit faite de la part des patients qu'ils transportent (Pichonnaz, 2011, p. 24). Malheureusement, cette reconnaissance n'est appréciable qu'au niveau du confort et de l'attention portée, mais pas envers leurs compétences techniques et médicales. D'une part, parce que l'ambulancier

fait beaucoup d'interventions « non urgentes » ou dites de « bobologie » et donc ne pourra pas mettre ses capacités en avant, d'autre part, parce que le patient n'est pas à même de pouvoir évaluer ses aptitudes :

« Je pense qu'ils [les ambulanciers] l'ont moins cette reconnaissance. Enfin, je pense qu'ils ont une reconnaissance mais qu'elle n'est pas encore vraiment exprimée. Mais je pense que ça va se développer. Après, les ambulanciers auront davantage cette reconnaissance de la part des patients, mais elle sera de personne à personne. Parce qu'au final, les patients ont énormément de reconnaissance » (1 | l. 770 à 774).

Pour finir ce chapitre sur la reconnaissance, selon Pichonnaz, (2011), celle-ci peut se faire par l'expérience du « terrain » : pour cela l'ambulancier ayant participé à toute l'évolution de sa profession obtiendra une reconnaissance grâce à sa capacité d'argumentation lors de sa remise. Ce qui entrainera chez l'infirmière une certaine considération pour son travail : *« A l'accueil des urgences, on va expliquer ce qu'on a fait, encore une fois on va démontrer pourquoi, on a fait telle ou telle chose. Et puis on va avoir un retour de l'infirmier-l'infirmière qui va être positif, parce qu'il ou elle va comprendre la démarche que l'on a suivie [...]. C'est une reconnaissance qui est agréable effectivement » (5 A l. 531 à 538).*

4.6 L'influence du genre (masculin/féminin) dans les relations de travail

Dans nos interviews, nous avons voulu mettre en avant le rapport homme-femme dans les relations de travail aux urgences. Sachant que le milieu infirmier est majoritairement représenté par des femmes et le milieu ambulancier représenté par des hommes, malgré une augmentation importante du nombre de femmes dans la profession des ambulanciers.

La population représentée pour notre travail était essentiellement féminine (trois infirmières et une ambulancière). Il ressort des propos des cinq interviewés que la remise n'est pas différente suivant le sexe de la personne qui la communique ou qui la réceptionne. Cependant, d'après une infirmière, l'ambulancière aurait

une facilité plus grande à recueillir et à synthétiser les informations : « *Je trouve que les femmes, c'est plus carré [...]. C'est-à-dire que quand le duo, c'est un garçon et une fille, si on remarque bien, c'est la fille qui fait l'anamnèse [...]. Moi je pense qu'au final, c'est quand même parce qu'elles arrivent plus à prendre l'information, à synthétiser les choses* » (3 | l. 203 à 226).

A propos de ce thème, il y a 20 ans, Peneff (1992) démontre qu'il n'y a pas plus de libertinage et de jeux de séduction dans le domaine des soins que dans d'autres professions. Néanmoins, on remarque que les infirmières femmes peuvent utiliser leurs atouts face à des professionnels masculins, afin de créer une atmosphère agréable au travail. En effet, une infirmière a souligné : « *[...] qu'il y a quand même un rapport différent si tu es encore dans l'âge où tu cherches quelqu'un, où tu peux avoir un jeu de séduction, qui est à la vue du patient, mais on reste quand même des êtres humains* » (1 | l. 533 à 536).

Il est également ressorti des entretiens que les infirmières reconnaissent des capacités physiques, lorsque deux femmes ambulancières travaillent ensemble, et plus précisément lorsque ces dernières doivent transporter des patients et leur matériel sur le terrain : « *La seule chose que je pense quand je vois 2 filles, je me dis « chapeau » [...], parce que suivant comment est le patient, s'il fait 120 kilos, bonjour, la musculature* » (2 | l. 582 à 585).

4.7 Le stress

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les professionnels de l'urgence sont soumis à un stress permanent auquel ils doivent faire face. Mais il reste pour eux parfois difficile à le définir. C'est ainsi qu'on peut parler de « bon stress » et de « mauvais stress » comme le stipule Alberti (2011).

Le « bon stress » ressort très fortement au sein des infirmières et des ambulanciers, en qualifiant ce dernier par de « l'excitation » voire de « l'adrénaline ». Selon Peneff (1992), les situations d'urgence donnent ce sentiment de vertige, un certain pouvoir sur les autres et une importante source

de motivation pour ces « sauveurs ». L'ambulancier interviewé stipule : « *Alors je vais te répondre en te disant ce que j'aime, moi, dans mon métier et que vous n'avez pas. C'est le fait d'être sur le terrain. C'est le fait d'aller chez les gens. D'être à l'extérieur, enfin, de bouger, [...]. Effectivement, c'est que quand je viens travailler le matin, je n'ai aucune idée de comment va être ma journée* » (4 A l. 407 à 412). L'ambulancier ne parle pas de ce qu'il ressent mais nous pouvons en déduire que c'est « l'action » qui le stimule dans son travail.

4.8 Gestion du travail

Dans le stress, nous avons déterminé différents facteurs qui sont sources de stress pour l'infirmière (l'IAO), tels que le bruit, le téléphone, le nombre important de patients, la surveillance de la salle d'attente, les patients déjà triés et le stress des médecins, ainsi que l'incidence d'une prise de décision lors du tri : « *Tous ces facteurs qui engendrent du stress, tu les localises en deux trois mouvements. Le bruit, tu es tout le temps perturbé, tu es tout le temps dérangé, il y a tout le temps du monde et tout le monde a besoin de quelque chose. Tout le monde vient te solliciter, les gens sont de plus en plus exigeants aussi* » (2 l l. 277 à 281).

Toutes les infirmières interviewées ont montré que la relation avec l'ambulancier, au « desk » et, plus précisément, lors de l'anamnèse, si cette dernière n'est pas correctement effectuée, peut influencer un stress : « *Le tri est un poste stressant, le nouveau qui commence à ce poste-là, c'est extrêmement stressant. C'est pour ça que je pense que la remise d'une anamnèse claire par un ambulancier va contribuer à une journée de travail plutôt satisfaisante* » (2 l l. 195 à 198).

Pour les ambulanciers, le stress détermine aussi la qualité de leur « remise ». Lorsque l'ambulancier est sujet au stress, il fournira à l'infirmière une « remise bâclée » ce qui ne facilitera pas le travail de l'infirmière et pourrait engendrer une mauvaise collaboration avec des conflits : « *Moi, j'imagine que les collègues qui*

sont peut-être un peu plus sujet au stress, que la remise va peut-être être un peu bâclée » (4 A I. 376 à 378).

A contrario, les infirmières expérimentées en tant qu'IAO expriment peu de stress à ce poste grâce à leur expérience. Par contre, elles soulignent que pour la jeune infirmière au tri, la tâche est stressante, à la fois parce qu'elle doit surveiller les patients, mais aussi lors de sa responsabilité face à la décision à prendre : *« Pour quelqu'un qui est nouveau, pour un jeune, c'est stressant parce que tu as l'impression que tu as une décision à prendre qui va changer quelque chose » (1 I I. 597 à 599).*

4.9 Ressources face au stress

Comme nous l'avons mentionné, le stress est un facteur très présent dans le milieu des professions de l'urgence. C'est pourquoi, il est intéressant de savoir quels sont les moyens que les protagonistes mettent en œuvre pour pouvoir continuer à fonctionner dans leur poste respectif.

Chacun a ses propres ressources à l'extérieur de son travail, mais il peut également en trouver au sein même de son institution comme, par exemple, avoir une certaine distance face aux situations qu'il rencontre au quotidien. Une infirmière dit :

« Alors c'est sûr que tu vas voir des histoires immondes que tu vas sûrement ramener à la maison, mais ça va durer peu de temps parce que finalement, ça n'arrive pas à toi. Ce n'est pas toi, ce n'est pas ta famille. Alors, oui, c'est touchant en tant qu'être humain, mais après, c'est ta gestion au quotidien de ce que tu vis et vois » (1 I I. 640 à 645).

Une autre ressource est leur expérience dans leur profession. En effet, les infirmières expérimentées, ainsi que les plus jeunes reconnaissent que cette expérience est vraiment une ressource lorsqu'elles ont la responsabilité du triage :

« Probablement que moi, j'y implique moins d'énergie dans la mesure où, avec mon expérience, je pense que quelque part c'est beaucoup plus facile » (2 I 222 à 224).

Selon Deschamps et Léman (2005), les actions sont effectuées en partenariat avec le médecin. Donc pour l'IAO, les responsabilités aux urgences sont partagées entre elle et le médecin référent : ceci lui permet de diminuer une partie de son stress : « Mais maintenant, grâce à la gestion du flux, les médecins partagent un peu plus la responsabilité. Parce que les médecins sont aussi responsables de la gestion de la salle d'attente et aujourd'hui, ils la partagent de manière assez spontanée » (2 I I. 750 à 753).

Un autre élément permet aussi bien aux infirmières qu'aux ambulanciers de pouvoir pallier à ce stress : le débriefing. Il est fait de manière informel lorsque deux ambulanciers ou une infirmière discute avec sa collègue de ce qui s'est passé : « Dans l'immédiat, on va causer avec notre collègue. Si c'était une intervention importante, il y aurait de toute façon le cardiomobile. Donc, on en discute avec le médecin pour faire un débriefing autant technique qu'émotionnel » (4 I 288 à 291).

Ensuite, nous pouvons parler du débriefing effectué de manière formel. Il est organisé par les institutions sur demande des acteurs de la situation. Il peut être effectué seul ou avec toutes les personnes concernées. Ce qui est le cas aux urgences ainsi qu'au sein de l'entreprise X. (Annexe 11).

C'est aussi grâce à ces débriefings techniques que la collaboration et la qualité de la prise en soins peuvent aussi évoluer lorsque les acteurs mettent en commun leurs compétences. L'ambulancier dit : « Dans l'immédiat, on va causer avec notre collègue. Si c'était une intervention importante, il y aurait de toute façon le cardiomobile. Donc, on en discute avec le médecin pour faire autant un débriefing technique qu'émotionnel » (4 A I. 288-291).

Pour finir, un autre point important dans la gestion du stress que nous souhaiterions identifier est l'utilisation de l'humour. Pouvoir faire un peu d'humour notamment avec l'interlocuteur que l'on connaît bien, peut alimenter positivement

la relation ambulancier-infirmière et favoriser l'échange, voire une certaine prise de décision. Cependant, celui-ci doit rester dans des limites acceptables au risque d'être perçu comme un manque de respect entre les protagonistes ou à l'égard du patient. L'usage de l'humour n'est ressorti que sous ces deux évocations provenant de l'ambulancier et d'une infirmière. Cependant, il est souvent utilisé par les professions de l'urgence, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, Peneff (1992) dit : « En exhibant cet humour cruel on montre son refus de se laisser émouvoir, de se « laisser avoir » par les confessions, les confidences dont les boxes seraient témoins si on sollicitait ou écoutait avec indulgence les patients sous le choc ou fabulateurs » (p. 196).

4.10 La connaissance réciproque des formations et des professions

Selon nos cinq interviews, il est très clair que les infirmières et les ambulanciers connaissent peu le travail ainsi que la formation de chacun. Ils expriment tous que, malgré leur travail en équipe, ils ne connaissent que dans les grandes lignes leurs rôles respectifs afin de pouvoir fonctionner lors de leur rencontre.

Une infirmière nous dit: « *Ils ont 3 ans d'études. Par contre, je ne pourrais pas dire les contenus des cours. Je sais qu'ils doivent faire un mémoire. Ils ont beaucoup plus de protocoles que nous et je sais ce qu'ils ont droit de faire et ne pas faire* » (1 I I. 686 à 688).

Et un ambulancier de son côté, s'exprime de la façon suivante: « *A vrai dire, pas grand-chose. Voilà, vous faites ça sur quatre ans. Nous, sur trois. Vous apprenez plein de choses que nous, on n'apprend pas. Certaines choses, parce qu'on n'en a pas besoin. Certaines choses, je pense qu'on pourrait... Je pense que ça ne nous serait pas forcément utile, mais ça serait intéressant pour nous [...]. Sinon, honnêtement, par rapport à votre formation, je ne m'y suis pas intéressée plus que ça* » (4 A I. 386 à 395).

Dans ce contexte, il y a tout de même une prise de conscience face à l'importance de se renseigner sur la formation, surtout les infirmières vis-à-vis des ambulanciers : « *Alors oui, dans la mesure où, dans ton métier, tu côtoies*

des gens d'autres professions de manière assez... proche, comme les ambulanciers, les diététiciens, il est évident que tu dois t'intéresser à ce qu'ils font et comprendre leurs difficultés » (1 I I. 258 à 261).

La collaboration au système de santé est une des compétences que les infirmières doivent développer dans leur profession selon le référentiel des compétences HES-SO (2008). Elles sont donc plus sensibilisées au travail pluridisciplinaire lors de leur formation.

Les infirmières interviewées soulèvent clairement que la profession des ambulanciers a totalement changé depuis un certain nombre d'années. Elles ont dû tout de même s'adapter à cette transformation qui modifie également le travail dans la chaîne de secours. Une infirmière nous dit : *« C'est vrai que c'était des transporteurs. C'était des gens qui avaient zéro connaissance. Alors c'est une profession qui a énormément grandi, ce qui nous facilite bien la tâche d'ailleurs » (1 I I. 321 à 325).*

Dans la littérature, Peneff (1992) souligne que certaines personnes passaient un certificat de conduite d'ambulance, puis étaient titularisées par un stage leur permettant de devenir ambulancier. Un professionnel ambulancier se souvient que leur travail existait déjà, mais qu'il était réalisé par des personnes non formées à cette profession :

« A une époque, on avait justement des collègues ambulanciers qui faisaient encore n'importe quoi, et les infirmières étaient un peu obligées de refaire une anamnèse, une prise en charge, donc une perte de temps à faire le boulot de l'ambulancier. Cela a existé malheureusement. Il semblerait que ces infirmières-là en ont gardé un souvenir et qu'elles ne vont peut-être pas donner une confiance systématique, du jour au lendemain, à quelqu'un qu'elles ne connaissent pas. Elles vont prendre leur temps, elles vont prendre leur assurance et essayer de ne pas se faire piéger » (5 A I. 463 à 470).

Avec cette évolution qui s'est faite en si peu de temps, l'infirmière doit donc travailler de manière différente, non plus avec un « transporteur » mais avec un

ambulancier, personne pensante, qui travaille autant avec sa tête qu'avec ses mains (Peneff, 1992). Nous pouvons supposer que ce statut de « convoyeur » malgré cette évolution rapide, ne permet pas encore aujourd'hui de reconnaître pleinement les compétences de ces professionnels par les autres soignants.

Dans nos interviews, il est apparu aussi bien chez les infirmières mais aussi chez les ambulanciers, que les valeurs humaines étaient un élément indispensable pour exercer en harmonie ces deux professions. Mais également pour fournir une prise en soins de qualité pour le patient, ainsi que de réaliser une collaboration optimale entre l'ambulancier et l'infirmière.

A la question : quels sont les éléments importants qui définissent une bonne collaboration entre infirmières et ambulanciers? Une infirmière nous dit : « *Je trouve qu'on pourrait revenir à la base, qui est simplement les valeurs humaines du métier mais dont je vais te reparler parce que pour moi, il y a beaucoup d'histoire de respect, de valeurs du métier dans la question que vous posez* » (1 I l. 69 à 72).

En ce qui concerne les valeurs, un ambulancier s'exprime de la façon suivante : « *Il y a l'humilité, il y a la capacité d'écoute. Même si les gens ne disent pas quelque chose d'intéressant, il faut les écouter. La capacité d'empathie aussi. Ça se rejoint un petit peu* » (4 A l. 486 à 489).

4.11 Compétences des infirmières

L'infirmière des urgences doit avoir différentes compétences « à son arc » pour pouvoir travailler efficacement surtout au poste d'IAO : la capacité de réagir rapidement lors de ses observations pour une prise de décision adéquate, une attitude assertive, une bonne communication, de l'empathie, une ouverture d'esprit, un esprit de synthèse et un jugement clinique.

C'est ainsi que les infirmières l'ont bien mis en évidence lors de nos entretiens : « *Faire de la gestion de patients, ce n'est pas donné à tout le monde, avoir cette capacité de vision globale des choses. C'est un métier qui est complètement*

différent de celui de l'infirmière en soins généraux, ce n'est pas notre métier de base, on n'apprend pas ça à l'école d'infirmière [...] » (2 | I. 416 à 423).

La jeune infirmière interviewée, après ses deux années de service et une année au sein des urgences, est formée au triage par une infirmière experte avant de faire sa formation en soins d'urgence. Malgré cet encadrement, elle doit aussi gérer, en plus du flux des patients et des ambulances, la surveillance de la salle d'attente, qui s'avère être une tâche difficile lorsque l'on commence à ce poste. Elle dit :

« En fait, pendant 5 jours, tu es en doublon. Donc moi, j'étais avec une infirmière experte. Pendant que tu es en doublon, elle te montre. Mais au final, elle te montre comment trier les patients, sur quoi il faut faire attention, mais concernant la salle d'attente, non » (3 | I. 318 à 321).

« Voilà, c'est là où je suis le moins sûre de moi. Tu te dis que tu es sensée surveiller les degrés 2 toutes les 20 minutes, ben bon courage ! Les degrés 3 toutes les 2 heures, et encore, aux 2 heures, c'est jouable, mais aux 20 minutes un degré 2, voilà... Alors tu vas juste regarder pour t'assurer de visu, mais les paramètres, tu oublies ! » (3 | I. 302 à 306).

Une constatation, faite par Peneff (1992), mais également par les infirmières interviewées dans notre étude, est la forte personnalité dont celles-ci doivent faire preuve sur leur lieu de travail. En effet, Peneff parle d'aristocratie du monde infirmier, avec des infirmières ayant une démarche autoritaire, une vivacité dans la voix et qui sait se faire respecter. Lors de nos entretiens, une infirmière commente cela en ces termes : *« Ce sont plutôt des gens qui ont un peu de caractère, parce qu'à la base, on doit quand même avoir une position de « leader », un travail assez individuel par rapport à d'autres boulots. Tu dois aussi aimer les gestes techniques, tu dois aimer travailler dans l'action, dans le « pressé » si tu veux... » (1 | I. 655 à 659).*

Pour parfaire cette analyse sur les compétences infirmières, une qualité est ressortie auprès des infirmières interviewées : l'intuition, voire le « pif ».

« Même le stagiaire de l'entreprise X, ils vont lui apprendre à... Enfin, même un enfant qui voit une histoire, son ressenti va m'intéresser, parce que même un stagiaire, quand il commence, il a déjà un ressenti qui n'est pas faux. Le nez, on l'a tous dès le départ. Du moment que tu décides de faire cette profession, on a un nez et il est souvent assez juste » (1 | 221 à 225).

Dans la littérature, Pichonnaz (2011) parle de cette intuition en permettant à l'infirmière ou à l'ambulancier de comprendre une situation peu fiable. Il apparaît avec les années et il est une aide précieuse pour pallier à une situation critique.

4.12 Compétences des ambulanciers

Si nous nous centrons sur les compétences des ambulanciers, nous pouvons constater que, grâce à l'évolution de leur profession et de leur formation, ils possèdent aujourd'hui des compétences techniques et relationnelles. Ils font aussi preuve d'une grande capacité d'adaptation :

« Il faut qu'il apprenne à s'adapter à chaque situation, qu'il utilise tout ce qu'il a entre les mains pour le bien du patient [...]. Je pense dans cet ordre-là : adaptation, utilisation du savoir et du matériel, puis bien sûr le dialogue avec le patient » (5 A l. 710 à 725).

Selon nos entretiens, la plupart des infirmières IAO reconnaissent aujourd'hui les capacités qu'ont les ambulanciers dans leur travail. C'est ainsi qu'elles attendent d'eux une restitution de tout ce qui a été fait de manière cohérente :

« Si tu veux, les gestes ne sont pas faits parce qu'on doit les faire, il y a une raison, il y a une bonne raison et il y a une espèce de travail intellectuel qui est fait, qu'on ne fait pas des gestes pour faire des gestes. Mais il y a une démarche, une démarche pédagogique, une démarche de soins. La démarche de soins pour moi, elle démarre déjà sur site » (2 | l. 486 à 491).

L'ambulancier a aussi la compétence de pouvoir prendre du recul, par exemple, lorsque l'infirmière n'est pas disponible pour lui et donc pour écouter sa remise

avec toute l'attention qu'il faudrait : « *Donc si cette infirmière ou infirmier n'a que 2 bras et elles ont toutes 2 bras, elle ne va pas pouvoir aller partout donc elle va jeter un œil, là comme ça, mais très rapide et si effectivement tu as affaire à quelqu'un d'un peu entêté et que ça n'est pas son jour, que ça soit toi ou quelqu'un d'autre elle ne t'écouterà pas plus* » (5 A I. 333 à 337).

Comme nous l'avons déjà évoqué dans notre cadre théorique au chapitre 2.3.2, nous pensions qu'il était utile de faire un comparatif avec l'ambulancier français, au vu de notre situation géographique. Cela nous permet de nous rendre compte de la différence de compétences entre ambulanciers suisses et ambulanciers français. Les ambulanciers suisses rencontrent des difficultés avec les infirmières de formation française, puisqu'elles ne connaissent pas leurs nouvelles compétences. Les infirmières de formation suisse sont également confrontées aux mêmes difficultés concernant les « remises » des ambulanciers français. Quel que soit le contexte, il ressort que la remise est parfois difficile, même si ces différents protagonistes mettent à contribution une certaine adaptation :

Une infirmière nous dit : « *Je trouve que ça reste brouillon. Parce que même s'il y a le SMUR, leur anamnèse n'est pas claire, elle part un peu dans tous les sens. Je trouve qu'ils [ambulanciers] ont du mal à faire un « truc » qui soit très, très clair. C'est bête, mais du coup, quand on dit qu'il va y avoir un transfert de France, tout le monde le redoute* » (3 I I. 485 à 489).

De son côté l'ambulancier reconnaît une différence de travail lorsqu'il fait sa remise à une infirmière de formation suisse ou une infirmière de formation française.

Un ambulancier nous dit : « *Donc le clivage suisse et français, ça ne vient pas forcément d'eux, mais ça vient du fait que la formation d'ambulancier est complètement différente en France qu'en Suisse. Donc, je pense que les infirmiers suisses ont peut-être une meilleure connaissance de ce que nous on fait, ils nous ont aussi éventuellement côtoyés à l'école parce que nous sommes dans les mêmes bâtiments donc ils ont vu ce que nous on fait* » (4 A I. 83 à 87).

4.13 Les aspects qui améliorent les conditions de travail

Nous avons pensé qu'il était important d'avoir le point de vue des personnes interviewées concernant une perspective d'amélioration des relations entre ces professions d'infirmière et d'ambulancier.

Aujourd'hui, lors de leur formation en soins d'urgence, les infirmières doivent effectuer un stage de deux jours dans un véhicule du cardiomobile et ainsi voir le travail du médecin et de l'ambulancier. Mais il faut savoir que le cardiomobile se déplace essentiellement sur des interventions de degré d'urgence important. Donc, les infirmières ne voient pas ce qui correspond au travail quotidien des ambulanciers. Un ambulancier le stipule : « *Oui, mais en ambulance. Parce qu'avec le cardiomobile, elles ne vont sortir que sur les « trucs » plus ou moins graves. Alors que notre quotidien, ce n'est pas ça. Donc, je pense qu'en ambulance, ça serait mieux* » (4 A I. 544 à 546).

En ce qui concerne la formation des ambulanciers, ceux-ci effectuent des stages dans beaucoup de domaines hospitaliers tels que dans les établissements médicaux sociaux, au service des urgences, en pédiatrie, en obstétrique, en psychiatrie et en anesthésie. Ainsi, les ambulanciers ont l'occasion, de découvrir le travail d'une infirmière. Nous savons également que l'entreprise X (société d'ambulances privée à Genève), permet à ses ambulanciers d'effectuer un stage aux urgences pédiatriques, ce qui améliore les relations entre eux. Ces mêmes ambulanciers peuvent également participer à une matinée, en collaboration avec les infirmières en formation d'urgentiste, pour une simulation au simulateur des HUG sur les moyens d'immobilisation d'un polytraumatisé :

« *Alors, il y a des échanges qui sont bien. Je sais que ça commence à être fait. Je pense à la pédiatrie, parce que je l'ai fait ce stage et je sais qu'il y a des infirmières en pédiatrie qui souhaiteraient venir pour voir comment nous on travaille. Effectivement, les échanges c'est toujours bénéfique. On a fait une matinée aux HUG pour la prise en charge d'un polytraumatisé* » (5 A I. 756 à 760). Cependant, comme nous parlons des aspects qui améliorent la collaboration, nous n'avons pas trouvé de

support théorique dans la littérature pour étayer les propos de l'ambulancier concernant le travail interprofessionnel entre ambulanciers et infirmières. Néanmoins, nous avons vu que dès la formation de base de ces deux professions, la collaboration est abordée dans les cours.

Chapitre 5 : Conclusion

Pour clore ce travail, nous allons faire un résumé des différents éléments qui sont ressortis au cours de notre analyse. Puis, nous allons proposer quelques perspectives pour améliorer la collaboration entre les infirmières et les ambulanciers aux urgences et favoriser leurs connaissances réciproques. Pour finir, nous allons effectuer un bilan de notre ressenti lors de la réalisation de ce travail.

5.1 Synthèse des éléments significatifs

Afin de pouvoir faire une synthèse de notre analyse, nous nous sommes appuyées sur les hypothèses que nous avons formulées au début de notre travail. Pour les rédiger, nous nous sommes basées sur des présupposés personnels et des éléments de la littérature.

- **Les compétences ne sont pas les mêmes pour les ambulanciers et les infirmières donc la méconnaissance de la profession de l'un et de l'autre rend difficile la collaboration**

Nous avons constaté, lors de l'analyse, que toutes les infirmières et les ambulanciers interviewés disaient avoir une méconnaissance de leur formation et de leur profession respectives, surtout les infirmières vis-à-vis des ambulanciers. Nous n'avons pas été étonnées de cette constatation, car nous avons déjà pu observer qu'à l'école, les étudiants infirmiers et ambulanciers ne se côtoient pas ou peu. Malgré tout, pour fonctionner et collaborer ensemble, ils doivent connaître le rôle propre de chacun. Les infirmières montrent tout de même un intérêt certain pour connaître les compétences des ambulanciers, car elles savent qu'elles doivent faire un travail de coopération lors de la « remise » du patient, ce qui est primordial dans leur pratique, surtout au niveau de leurs responsabilités. Il en ressort également que les infirmières interviewées n'ont pas

suivi l'évolution de la profession des ambulanciers, mais elles sont indirectement informées lors de leurs rencontres inévitables aux urgences. Malgré elles, les infirmières dans leur pratique sont obligées de s'adapter à ces perpétuels changements, étant donné que le patient arrive avec une prise en soins de plus en plus « médicalisée », en extra-hospitalier. Toute cette adaptation de leur travail leur permet de travailler ensemble autour du patient. Du fait que ces deux professions ont des compétences différentes, ils les mettent en action afin de se compléter. Il est important de faire ressortir que, selon les personnes interviewées, la perception des infirmières françaises à l'égard des ambulanciers relève de leurs vécus et connaissances des ambulanciers français. Dès lors, elles n'attribuent pas aux ambulanciers suisses ou à ceux qui ont un diplôme reconnu par la Croix-Rouge Suisse les connaissances et compétences qui sont actuellement les leurs. Inversement, les infirmières qui travaillent aux urgences redoutent un transfert de France, car elles savent que la prise en soins sera compliquée. En effet, les ambulanciers ou pompiers français ne fourniront pas une anamnèse claire et complète.

Ensuite, l'infirmière IAO aux urgences a la possibilité d'approfondir ses connaissances sur la profession d'ambulancier, car elle doit collaborer étroitement avec eux pour la prise de décision ou lors de l'orientation du patient. Bien que ces professionnels reconnaissent leur méconnaissance réciproque, ils trouvent une certaine adaptation afin de pallier à ce manque.

A propos de la reconnaissance des ambulanciers, les infirmières interrogées expriment que les compétences actuelles de ces professionnels de l'extra hospitalier les aident dans leur travail. Elles peuvent ainsi faire confiance à l'ambulancier lorsque celui-ci peut argumenter ses propos. Mais étant donné que la formation des ambulanciers est récente et qu'elle a évolué en peu de temps, les infirmières ne prennent pas en considération cette évolution. Cela engendre des difficultés dans la reconnaissance, par exemple, dans leur autonomie concernant certains de leurs protocoles. Les ambulanciers expriment encore très fortement ce sentiment de non reconnaissance de la part des professionnels de la santé mais aussi de celle des patients.

- **Le genre (masculin/féminin) influence la collaboration de ces deux professions**

Lors de l'élaboration de nos hypothèses, nous pensions que le sexe pouvait avoir une influence sur les relations de travail, parce que le monde infirmier comprend une large majorité de femmes par rapport à celui des ambulanciers qui est, quant à lui, en majorité masculin. Cependant, de nos entretiens, il ressort qu'il n'y a pas de différence de genre bien que les femmes ambulancières auraient une plus grande facilité à fournir des informations précises.

La seule particularité relevée par les infirmières interviewées est de l'ordre de la reconnaissance des capacités physiques des femmes ambulancières au regard des difficultés rencontrées sur le « terrain ».

- **Le stress est un générateur de conflits**

Avant la réalisation de ce travail, nous pensions que le stress pouvait être une source de conflits. Nous avons constaté à travers les entretiens que pour les infirmières et les ambulanciers ce n'est pas le cas. En effet, le stress est difficile à définir surtout pour les ambulanciers. Le stress qu'ils définissent est un « stress positif ». Le seul aspect mis en avant est que le stress pourrait influencer l'ambulancier qui fournirait une mauvaise « remise » engendrant alors du stress pour l'infirmière IAO. L'infirmière est confrontée à différentes sources de stress, comme par exemple surveiller la salle d'attente des patients déjà évalués, mais également du stress lié à la prise de décision concernant l'orientation du patient. L'infirmière doit aussi faire face au stress transmis par certains médecins. Il ressort également des interviews que les infirmières expérimentées au poste d'IAO ressentent peu de stress et doivent mobiliser moins d'énergie dans la réalisation de leur travail, cela en comparaison à une infirmière jeune en tant qu'IAO.

- **Les infirmières et les ambulanciers doivent constamment faire appel à leurs ressources personnelles pour s'adapter aux différentes situations**

Selon nos entretiens, le stress en relation avec la prise de décision quant à l'orientation du patient est diminué par le partage des responsabilités entre le médecin de garde et l'infirmière IAO. Ce partage tendant à s'améliorer, donc cette collaboration se révèle aidante lorsque l'infirmière a un doute sur son probable « diagnostic ». Cela permet à l'infirmière d'être moins stressée pour réaliser cette tâche et ainsi d'avoir une satisfaction dans son travail. Les infirmières expertes en tant qu'IAO montrent que leur expérience est une ressource importante à ce poste stratégique. Alors que la jeune infirmière, pour se rassurer sur la prise de décision, augmente l'évaluation du degré d'urgence.

Nous constatons que les infirmières interrogées qui travaillent aux urgences expriment toutes avoir une forte personnalité. En effet, c'est un trait de caractère qui est décrit par ces professionnels, mais aussi dans la littérature (Peneff, 1992). Cela leur permet de mieux fonctionner en tant qu'infirmières aux urgences, car elles ont un certain nombre de responsabilités.

Une ressource importante est mise en avant par les infirmières interviewées, c'est l'intuition. Celle-ci leur permet de se faire une « idée » sur le patient, parfois différente de ce que les ambulanciers pourraient transmettre. Ainsi, elles perfectionnent leur jugement clinique avec les années. Pour finir, les infirmières comme les ambulanciers relatent qu'il est nécessaire de prendre de la distance dans certaines situations de prise en soins. Pour cela, ils essaient de ne pas s'identifier au patient. Le débriefing est un moyen mis en place par les institutions aussi bien à l'hôpital que dans la société d'ambulances privée pour aider les professionnels à prendre du recul face à l'accumulation des facteurs de stress. Cet outil doit être demandé par le professionnel pour que celui-ci soit réalisé.

- **L'affinité d'une équipe améliore les relations au travail**

L'affinité est un élément clé qui permet aux professionnels d'avoir de bonnes relations au travail. Il ressort des entretiens que les infirmières et les ambulanciers s'adaptent à la personne qui est en face d'eux lors de leur « remise ». Cette affinité varie selon la grandeur des équipes. En effet, plus il y a de monde moins les professionnels peuvent se connaître. Néanmoins, l'ancienneté leur permet de créer des liens d'amitié dans leurs relations de travail. Ainsi, ils exerceront une collaboration plus optimale.

- **En général, les transmissions des ambulanciers sont satisfaisantes pour l'infirmière IAO**

Concernant la qualité des transmissions, il ressort des interviews que malgré leur formation à la transmission, les ambulanciers ont des difficultés à fournir des informations concises de part les situations complexes qu'ils rencontrent. Certaines infirmières pensent que cela dépend de l'expérience de l'ambulancier, mais aussi des différences entre les sociétés d'ambulances. Les besoins de l'infirmière concernant les transmissions varient aussi selon leur expérience. Selon une infirmière interviewée, en effet, une infirmière experte souhaite avoir les informations, mais aussi le ressenti de l'ambulancier. Pour que cela se passe bien, l'ambulancier doit adapter ses transmissions en fonction de l'infirmière à qui il les transmet. Toujours selon cette infirmière, la prise en compte de la personnalité du « récepteur » donc de l'infirmière concernée favoriserait une bonne prise en soins du patient.

- **L'environnement des urgences interfère dans la qualité de la communication entre les infirmières et les ambulanciers**

En général, dans nos interviews, la communication ressort comme un élément clé pour avoir de bonnes relations. En effet, les infirmières et les ambulanciers pensent parler le même langage lors du « relais » effectué aux urgences.

Cependant, la communication reste difficile lorsque l'environnement des infirmières est perturbé. Les ambulanciers estiment que l'infirmière IAO est souvent sollicitée et donc peu attentive pour les écouter pleinement. Cela entraîne une mauvaise « remise » par la perte d'informations importantes concernant le patient. Un deuxième aspect entraînant une mauvaise communication est le comportement de l'ambulancier tel que le non respect du patient, ou encore des remarques non appropriées sur un lieu de santé. Si l'infirmière n'accepte pas l'attitude de l'ambulancier qui arrive aux urgences, elle ne l'écouterà pas volontiers. Un troisième élément qui intervient dans la communication pour les infirmières est la sincérité des informations transmises par les ambulanciers. Les infirmières interrogées soulèvent que parfois les ambulanciers transmettent des données erronées quand ils n'ont pas pu les récolter, ce qui entraîne de l'énervement et une perte de confiance chez l'infirmière par la suite. Par conséquent, l'infirmière se rend auprès du patient pour compléter le recueil des données. Cette attitude aura des conséquences négatives pour les prochaines « remises » de l'ambulancier. L'infirmière se fait une mauvaise image de cet ambulancier et le transmet parfois aux jeunes infirmières IAO.

5.2 Perspectives

Lors de la réalisation de ce travail et au travers des interviews, nous avons répondu à nos différentes questions et hypothèses, ce qui nous a permis d'identifier entre autre un réel manque de connaissance de la part des ambulanciers et des infirmières de leur profession respective. Nous avons aussi pu voir émerger d'autres questions qui pourraient être de nouvelles pistes de réflexion. En effet, le panel de personnes interviewées ainsi que notre méthode sous forme d'entretiens, ne permet pas d'avoir une « vision globale » de ce que les professionnels des soins d'urgence pensent et mettent en place pour pouvoir fonctionner au quotidien. Il serait donc intéressant d'élargir la recherche auprès d'autres hôpitaux ou d'autres sociétés d'ambulances privées ou publiques. De même dans un autre contexte, il serait intéressant de réaliser un autre travail sur ce sujet auprès des infirmières des autres services, car celles-ci sont encore

moins renseignées sur les compétences des ambulanciers que les infirmières des urgences.

Néanmoins, à ce stade, nous pensons qu'il est pertinent de mettre en évidence des propositions d'améliorations pour la collaboration de ces deux professions. Nous avons pu voir qu'une ambulancière (Henchoz, 2010) avait déjà réalisé un mémoire sur la collaboration entre infirmières et ambulanciers mais dans le but d'avoir des données sur la continuité des soins. Pour cela, elle a réalisé des questionnaires dans différents hôpitaux et sociétés d'ambulances afin de faire une enquête de type qualitatif.

En tant qu'étudiantes à la HEdS-Genève, nous soutenons les propos d'un des ambulanciers interviewés concernant le côtoiement qui serait effectué à l'école. En effet, nous partageons les mêmes locaux. Cependant, malgré cela, les échanges sont extrêmement rares. Nous constatons que nous partageons peu de moments en commun afin d'approfondir une connaissance de nos deux professions. Néanmoins, certains étudiants de notre promotion, en fin de deuxième année de Bachelor, ont pu participer un samedi matin à une mise en situation organisée par les enseignants infirmiers et ambulanciers. Cet échange a commencé il y a deux ans ; est en pleine évolution afin de faire participer de plus en plus les étudiants infirmiers dans cette situation pratique. Il serait intéressant de faire le constat de cette rencontre dans quatre ou cinq ans, afin d'observer si les étudiants de ces deux professions se connaissent davantage.

Nous pouvons faire le constat que selon le Plan d'études Bachelor 2012, pour la nouvelle formation en Soins Infirmiers, les étudiants seront encore plus sensibilisés à la collaboration interprofessionnelle. En effet, durant leur trois années de formation, un espace commun sous forme de cours sera prévu pour que les cinq filières du domaine de la santé à Genève puissent se réunir pour développer cette compétence. Les cinq filières qui se retrouveront sont les soins infirmiers, sage-femme, nutrition et diététique, technique en radiologie médicale et physiothérapie. Nous pouvons voir que les étudiants ambulanciers de l'Ecole Supérieure ne sont pas intégrés dans cette future organisation, certainement parce qu'ils ne font pas partie de la Haute Ecole de Santé. Néanmoins, à l'avenir,

il serait donc intéressant de voir un rapprochement de leur formation avec les autres filières.

Au cours de notre recherche d'informations et lors des entretiens, nous avons appris que les infirmières en formation en soins d'urgence pouvaient effectuer une journée d'observation dans une ambulance du cardiomobile. Cependant, nous trouvons qu'il serait judicieux de faire participer les infirmières à un stage d'une semaine au sein d'une société d'ambulances comme au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne. Cela leur permettrait de voir concrètement le travail réalisé par les ambulanciers. Par ailleurs, nous savons qu'à Genève, le tournus des infirmières au sein des urgences est difficile à gérer pour les responsables.

Comme nous l'avons également appris dans nos entretiens, les ambulanciers de certaines sociétés peuvent aller effectuer, dans le cadre de leur formation continue, un stage aux urgences pédiatriques. Cette expérience leur permet encore une fois de pouvoir échanger avec les infirmières dans un cadre intrahospitalier. Toujours dans le contexte de leur formation continue, les ambulanciers peuvent chaque année passer une matinée au simulateur des HUG avec les infirmières en formation en soins d'urgence. Lors de cet échange, les ambulanciers travaillent sur la venue d'un patient polytraumatisé, et plus précisément sur les moyens d'immobilisation. Cette formation commune permet aux différentes équipes de collaborer et de clarifier le champ d'action de chacun.

Faisant suite à certains propos des infirmières, nous pensons qu'il serait pertinent que les responsables des ambulanciers ainsi que les responsables du Département de Médecine Communautaire de Premier Recours et d'Urgences se réunissent afin de construire des outils pratiques pour améliorer la collaboration entre ces deux professions. Par exemple, il serait peut-être utile que les infirmières soient informées des nouveaux protocoles des ambulanciers. Nous pensons que ceci pourrait se faire par un envoi de mail explicite par leurs responsables aux infirmières des urgences et plus précisément celles qui sont

infirmières d'accueil et d'orientation. Pour que ce procédé fonctionne, il faut qu'un intérêt et un investissement de leur part soient souhaités, voire promus.

Pour finir, un second exemple serait que les responsables créent des « petites cartes » qui expliquent les différences de formation entre technicien ambulancier et ambulancier diplômé. Complémentairement, ces fiches pourraient les informer des différentes autonomies (protocoles) des ambulanciers. Ainsi, les infirmières pourraient connaître un peu mieux et dans le détail les compétences de ces professionnels de l'extrahospitalier.

5.3 Bilan

A travers ce travail, nous avons pu développer de nouvelles compétences en méthodologie et en recherche en soins infirmiers. Depuis maintenant deux ans, nous avons eu des modules de recherche qui nous ont permis de construire notre méthodologie. Cependant, nous ne réalisons pas l'ampleur de ce travail. Toutefois, nous avons trouvé intéressant d'avoir pu effectuer des entretiens et ainsi être confrontées à la réalité du « terrain ».

Nous avons rencontré des difficultés quant au recueil de données. En effet, comme la formation et la profession des ambulanciers sont très récentes, il existe très peu d'écrits sur leur pratique. Ce qui nous a amené à faire le constat que peu d'écrits parlent de la collaboration entre infirmières et ambulanciers en Suisse. Ce sujet est complexe et présente des facettes différentes, c'est pourquoi nous avons dû sélectionner les thèmes que nous voulions aborder.

Au terme de ce travail de Bachelor, nous avons appris que beaucoup d'éléments sont mis en place par les infirmières et les ambulanciers dans leur façon de travailler et de collaborer. En effet, ces derniers développent personnellement des stratégies afin de faire en sorte que le travail se passe dans de bonnes conditions. Nous trouvons pertinent que d'autres moyens soient développés par

les responsables de ces deux professions afin que les conditions de travail soient plus optimales.

Pour nous, cette recherche nous a permis de développer, par un autre biais, notre compétence face à la pluriprofessionnalité. Ces connaissances pourraient également être transposées à d'autres professions, aussi bien dans les soins que dans d'autres domaines d'activités professionnelles. Sur la base de ce que nous avons pu percevoir ainsi qu'au travers de la littérature visitée, nous pouvons affirmer qu'une bonne connaissance des formations et des compétences des uns et des autres rend la confiance à construire plus aisée influençant positivement la collaboration. Nous serons donc plus attentives, au cours de notre carrière, aux différents échanges avec les autres professions afin d'établir une relation de confiance propice au travail commun.

Nous terminons notre travail sur cette citation, c'est un peu d'humour à prendre au deuxième degré. Selon Wolinski³⁰ : « **Travailler en collaboration, cela veut dire prendre la moitié de son temps à expliquer à l'autre que ses idées sont stupides** ». Il s'agit de montrer que pour une collaboration optimale entre professionnels, il faut dépasser les conflits où tout le monde aurait la frileuse tendance à tirer la « couverture vers soi ».

³⁰ Wolinski : illustrateur de bandes dessinées, cité par Evene.fr

Bibliographie

- Alberti, S./Fondation CareLink. (2010). *Reconnaître le « bon » ou le « mauvais » stress*. Accès <http://www.carelink.ch/fr/services/articles-sur-lassistance/reconnaitre-le-bon-et-le-mauvais-stress/>
- Arial, M., Pichonnaz, L., Benoît, D. & Danuser, B. (2009). *Facteurs et stratégies favorisant la préservation de la santé chez les ambulanciers*. Institut romand de santé au travail. Accès http://www.ist.ch/fileadmin/users_datas/Publications/Rapport_court_facteurs_et_strategies_Ambulanciers_Arial_et_al_29_oct_2009.pdf
- Baladier, D. & Favre, A. (2002). Le débriefing psychologique. *Soins infirmiers*. 12, 62-64.
- Boivin, M., Buffet, C., Ficarelli, A., Germain, S., Haszebrouck, P-M., Legay, M-C., ... Vin, X. (2008). *Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en médecine d'urgence*. Société française en médecine d'urgence. Accès http://www.sfm.u.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf
- Brun, J-P., (2008). *La reconnaissance au travail*. *Sciences humaines*. Accès http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html
- Charles, E., (Ed.). (2000). Infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences : poste pivot. *Revue de l'infirmière*, 65, (suppl.) 5-7.
- Chatelain, B. (2009). *Histoire et développement des soins infirmiers*. [Support de cours]. Genève : Haute Ecole de Santé.
- Croix-Rouge suisse. (2012). *CICR*. Accès <http://www.redcross.ch/org/international/ikrk/index-fr.php>
- D'Amour, D. Sicotte, C. & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*. 17(3), 67-94.
- Darmon Truc, A. (2008). *De la transmission orale à la qualité des soins*. [Travail de diplôme]. Digne-Les-Bains : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

- Delmas, Y. (2010). *Eléments de la communication*. [Support de cours]. Accès http://delmas-rigoutsos.nom.fr/documents/YDelmas-ordinateurs_et_systemes/une-page.html
- Deschamps, F., & Leman, C. (2005). *Une fonction émergente : la formation de l'infirmière d'Accueil et d'Orientation*. Accès http://samu-de-france.fr/documents/actus/152/137/iaa_cesu_reims.pdf
- D'Hoore, W., Stordeur, S. & Vandenberghe, C. (1998). Une enquête sur le stress occupationnel. *Perspective soignante*. 2, 9-29.
- Douchamps, L. (2009). *Stress et travail*. [Support de cours]. Genève : Haute Ecole de Santé.
- Ecole Bois-Cerf Cesu. (2006). *Formation*. [Guide d'étude]. Accès <http://www.bc-cesu.ch/>
- Evène. (2012). *Culture*. Accès <http://www.evene.fr/tout/citation-collaboration>
- Frobert, L. (2011). *Relations interpersonnelles au sein d'une équipe de soins. Approche psychosociologique de la dynamique des groupes*. [Support de cours]. Genève : Hôpitaux universitaires de Genève.
- Geinoz, E. (2011). *Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques*. [Travail de Bachelor. Haute école de santé de Fribourg]. Accès http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,28,20111006142834-WX/GEINOZ_Elsa.pdf
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2007). *Les dimensions collectives de l'activité*. Lyon : Réseau éditions.
- Haute Ecole de Santé Genève. (2012). *Bachelor Soins infirmiers Modules 1ère Bachelor*. Accès http://www.hedsge.ch/portail/welcome.nsf/pages/modules_1ere_bachelor_inf
- Haute Ecole de Santé Genève. (2012). *Bachelor Soins infirmiers Modules 2ème Bachelor*. Accès http://www.hedsge.ch/portail/welcome.nsf/pages/modules_2eme_bachelor_inf

- Haute Ecole de Santé Genève. (2012). *Bachelor Soins infirmiers Modules 3ème Bachelor*. Accès http://www.heds-ge.ch/portail/welcome.nsf/pages/modules_3eme_bachelor_infF
- Henchoz, N. (2010). *Comment améliorer la collaboration entre ambulanciers et infirmiers dans une perspective de continuité de soins ?* [Travail de diplôme]. Genève : Ecole supérieure de soins ambulanciers.
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2011). *Tri, normes de triages et guide d'utilisation de la feuille de tri*. (Protocoles du service des Urgences des HUG). Accès [http://urgences.hugge.ch/infos_professionnels/protocoles/uploads/GUIDET Rloctobre2011.pdf](http://urgences.hugge.ch/infos_professionnels/protocoles/uploads/GUIDET_Rloctobre2011.pdf)
- Infirmier. (2012). *Le métier d'ambulancier diplômé d'état*. Accès <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/le-metier-dambulancier-diplome-d-etat.html>
- Jacot, C. (2010). *Histoire de la profession d'ambulancier : un métier en constante évolution*. [Support de cours]. Genève : Ecole supérieure des soins ambulanciers.
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*. Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses. [Rapport final]. Suisse
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Paris : Métaillé.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3ème éd). Montréal : Chenelière Education.
- Pichonnaz, L. (2011). La difficulté de reconnaissance des compétences des ambulanciers : entre care, cure et force physique. *Travailler*, 26, 17-33.
- Plan d'étude Bachelor 2012. (2012). *Filières de formation Soins infirmiers*. [Version de consultation]. Genève : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.
- Pouchelle, M.-C. (2008). Ibode comme partenaire des soins. [Dossier]. *Interbloc.*, XXVII (3), 181-188.

Rey-Debove, J. & Rey, A. (Dir.). (2003). *Le Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert.

Rezaigue, D., (2012). *Ambulancier diplômé d'état indépendant*. Accès <http://www.ambulancier-independant-43.fr/histoire.html>

Samaritains. (2012). *Alliance Suisse des samaritains en bref*. Accès <http://www.samariter.ch/fr/i/organisation.html>

Swissrescue. (2012). *Liens*. Accès <http://www.swissrescue.ch/index.php?rubrique=forum4&id=28>

Trueb, L & Yersin, B. (2007). Importance du concept de travail d'équipe dans la formation en médecine d'urgence. *Revue médicale suisse*, n°121.

Wacheux, F. & Kosremelli Asmar, M. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. [Conférence Internationale en Management]. Liban : Beyrouth.

Zeller, Ph., Débenay, E., & Unger, P-F. (2000). La nouvelle formation professionnelle d'ambulancier-ères à Genève. *Revue médicale Suisse* n°2310. Accès <http://revue.medhyg.ch/print.php3?sid=20694>

Annexes

Annexe 1 : Les neuf compétences infirmières

1. Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.
2. Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.
4. Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.
5. Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.
6. Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.
7. Collaborer au fonctionnement du système de santé.
8. Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire.
9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explication du rôle infirmier. (HES-SO, 2008, p. 2-4).

Annexe 2 : Modules des trois années Bachelor pour les soins infirmiers à la HEdS (PEC 2006)

1^{ère} année Bachelor

- Profession et travail infirmier
- Santé mentale – Accompagnement dans les processus d’attachement et séparation
- Santé publique & communautaire
- Science et pratique infirmières
- Activité soignante
- Devenir professionnel
- Recherche & construction des savoirs
- Sciences & pratiques infirmières en SP/SC
- Formation pratique 1 et 2

2^{ème} année Bachelor

- Travail de Bachelor : élaboration du projet
- Perspectives soignantes et éthique
- Savoir Agir Professionnel Infirmier
- Souffrances psychiques & soins
- Analyse et pratique des soins infirmiers
- Approche des soins infirmiers au bloc opératoire
- Ici, Ailleurs : soins et santé
- Instruments de recherche
- Cours à options
- Formation pratique 3 et 4 (avec possibilité de partir à l’étranger)

3^{ème} année Bachelor

- Approche des soins intensifs
- Monde du travail et enjeux
- Travail de Bachelor (bachelor thesis)

- Santé mentale et psychiatrie : Soins à la communauté
- Neurologie & Réhabilitation
- Bien traiter l'enfant et sa famille et prévenir la maltraitance
- Travail & enjeux professionnels
- Formation pratique 5 et 6.

Annexe 3 : Modules de la formation des ambulanciers à l'école de Bois-Cerf

Les différents thèmes en italiques sont ceux abordés durant la première année afin d'obtenir le TA :

- ◆ *Les techniques d'intervention*
- ◆ *Les soins préhospitaliers et l'autonomie du technicien ambulancier*
- ◆ *L'assistance aux soins préhospitaliers*
- ◆ *La relation professionnelle*
- ◆ Les soins préhospitaliers en situations complexes et médicales ou traumatiques
- ◆ Les interventions en situations exceptionnelles et de catastrophe
- ◆ Le contexte professionnel et les institutions
- ◆ Les éléments de gestion d'un service d'ambulances
- ◆ *Des notions sur les individus, les cultures et la société*
- ◆ Une approche socio-économique et politique des systèmes de santé
- ◆ Des notions de santé communautaire
- ◆ *Les connaissances de la personne humaine et de son fonctionnement*
- ◆ Les déséquilibres et étude de concepts spécifiques à la santé
- ◆ Les technologies
- ◆ *Le processus de formation et projet professionnel*
- ◆ *Des modules « transversaux » dits d'intégration*

Annexe 4 : Modules de la formation des ambulanciers français

- module 1 : dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient
- module 2 : apprécier l'état clinique d'un patient
- module 3 : respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections
- module 4 : utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients
- module 5 : établir une communication adaptée au patient et à son entourage
- module 6 : assurer la sécurité du transport sanitaire
- module 7 : rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
- module 8 : organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession

Annexe 5 : Formulaire de consentement pour les infirmières et les ambulanciers

Formulaire de consentement éclairé et libre

Travail de bachelor : *La méconnaissance réciproque des professions d'infirmières et d'ambulanciers peut-elle entraver une collaboration optimale lors de la prise en soins d'un patient aux urgences ?*

Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé 'Informations destinées aux personnes participant au travail de bachelor (TB) intitulé « *La méconnaissance réciproque des professions d'infirmières et d'ambulanciers peut-elle entraver une collaboration optimale lors de la prise en soin d'un patient aux urgences ?* »

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par l'étudiante signataire des objectifs et du déroulement de l'enquête sur les relations entre infirmières et ambulanciers lors de leur travail en équipe aux urgences.
- Je suis informé-e que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour les participant-e-s.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite, datée du 15 décembre 2011 qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. Je conserve l'information écrite et je reçois si je le désire une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.
- Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issus du travail de bachelor.
- Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette enquête, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.
- Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Nom et signature du-de la participant-e :

Lieu et Date :

Attestation des étudiantes: J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce-tte participant-e la nature, le but et la portée de ce travail de bachelor. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette enquête. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du travail de bachelor, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement de ce participant à prendre part à l'enquête, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Adèle Mesnil

Sophie Fontaine

Lieu et date :

Annexe 6 : Lettre d'information destinée aux personnes interviewées

Genève, le 15 décembre 2011

Informations destinées aux personnes participant au travail de bachelor (TB) intitulé : « La méconnaissance réciproque des professions d'infirmière et d'ambulancier peut-elle entraver une collaboration optimale lors de la prise en soin d'un patient aux urgences? »

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de bachelor portant sur la relation entre infirmières et ambulanciers lors de leur prise en soin d'un patient aux urgences : ainsi découvrir les facteurs qui influenceraient leur travail tels que la méconnaissance de ces deux professions, la collaboration ou le stress; pour partager votre connaissance et votre expérience de cette thématique.

Ce travail a pour but de comprendre comment la collaboration entre ces deux professions fonctionne grâce à une analyse de leur travail.

Ce travail de bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroulera à l'Hôpital Cantonal de Genève auprès de 2 infirmières travaillant aux urgences et auprès de 2 ambulanciers d'une compagnie privée. Cette enquête aura lieu au mois de février 2012.

Nous vous proposons un entretien individuel, qui durera environ 1 heure, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données enregistrées seront effacées une fois le travail de bachelor validé.

Votre participation à ce travail pourrait contribuer à comprendre ce qui serait un frein ou au contraire une aide à une bonne collaboration entre infirmières et ambulanciers. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement ou sur le plan professionnel. Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre employeur.

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement.

Le fait de participer à cette enquête ne changera rien des liens professionnels avec votre employeur.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiantes soussignées s'y engagent. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de bachelor.

Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

A tout moment vous pouvez vous adresser aux personnes ci-dessous afin d'obtenir des informations supplémentaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous contacter pour obtenir les résultats de ce travail ou nous pourrions vous envoyer un exemple de notre travail de Bachelor terminé.

Adèle Mesnil
079 350 09 61
adele.mesnil@etu.hesge.ch

Sophie Fontaine
0033.6.25.28.23.53
Sophie.fontaine@etu.hesge.ch

Directrice du travail de bachelor :

Marianne Berthoud
Chargée d'enseignement HES
Haute Ecole de santé de Genève
Av. de Champel 47
1206 Genève
022 388 56 33

HEdS – Haute école de santé Genève
Avenue de Champel 47
1206 Genève
Tél. : 022 388.56.00

Annexe 7 : Grille d'entretien pour les infirmières

1. Pouvez-vous nous raconter, dans les grandes lignes, votre parcours professionnel ?
2. Comment qualifieriez-vous les relations entre infirmières et ambulanciers lors de la remise (transmissions) du patient ? Pouvez-vous argumenter votre réponse ?
3. Quels sont les éléments importants qui définissent une bonne collaboration entre infirmières et ambulanciers?
 - i. Pouvez-vous nous raconter une situation qui vous a particulièrement frappée?
4. Qu'est-ce que vous attendez principalement d'un ambulancier lorsqu'il arrive avec un patient au desk ?
5. Est-ce que pour vous, il y a des différences lors de la remise des transmissions de la part des ambulanciers ?
 - i. Comment l'expliquez-vous ?
6. Comment se passe la collaboration au tri lors de la remise, surtout la façon de transmettre suivant si c'est un homme ou une femme?
7. La profession d'infirmière est une profession stressante. Avez-vous des ressources sur votre lieu de travail pour gérer ce stress ? Au tri ?
8. D'après vous, le stress aux urgences est-il un facteur déterminant dans les relations entre les protagonistes intra et extra hospitaliers ? Pourquoi?
9. Pouvez-vous nous dire ce que vous connaissez de la formation d'ambulancier ?
10. Pouvez-vous nous définir la profession d'ambulancier ?
11. Avez-vous vu une différence dans la prise en charge, surtout lors de la remise suite au changement de formation des ambulanciers ? (différente depuis 1999)
12. Quelles sont les informations que vous souhaiteriez que l'ambulancier vous transmette lors de la remise du patient ?
13. D'après vous, quelles sont les compétences en tant qu'infirmière à avoir pour travailler aux urgences ? Surtout au tri ?

14. Est-ce que selon vous, il y aurait des aspects ou des choses à mettre en place afin d'avoir des relations optimales de travail?

15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé ?

Age / Année de naissance :

Etat civil :

Niveau de formation scolaire :

Autre formation ; formation post-grade:

Lieu de formation

Annexe 8 : Grille d'entretien pour les ambulanciers

1. Pouvez-vous nous raconter, dans les grandes lignes, votre parcours professionnel ?
2. Comment qualifieriez-vous les relations entre infirmières et ambulanciers lors de la remise (transmissions) du patient ? Pouvez-vous argumenter votre réponse ?
3. Quels sont les éléments importants qui définissent une bonne collaboration entre infirmières et ambulanciers ?
 - i. Pouvez-vous nous raconter une situation qui vous a particulièrement frappée ?
4. Qu'est-ce que vous attendez principalement d'une infirmière qui vous accueille au desk ?
5. Est-ce que pour vous, il y a des différences lors de la prise des transmissions des infirmières ?
 - i. Comment l'expliquez-vous ?
6. Comment se passe la collaboration au tri lors de la remise, surtout la façon de transmettre suivant si c'est un homme ou une femme ?
7. Comment faites-vous pour gérer votre stress après une intervention difficile lors de votre arrivée aux urgences ?
8. D'après vous, le stress aux urgences est-il un facteur déterminant dans les relations entre les protagonistes intra et extra hospitaliers ? Pourquoi ?
9. Pouvez-vous nous dire ce que vous connaissez de la formation d'infirmière ?
10. Pouvez-vous nous définir la profession d'infirmière ?
11. Avec l'évolution de votre métier et plus précisément de la formation d'ambulancier, avez-vous changé votre façon de faire lors des transmissions ?
12. Que devez-vous transmettre à l'infirmière, lorsqu'elle vous accueille lors de votre remise ?
13. D'après vous, quelles sont les compétences en tant qu'ambulancier à avoir pour ce métier ?

14. Est-ce que selon vous, il y aurait des aspects ou des choses à mettre en place afin d'avoir des relations optimales de travail?

15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé ?

Age / Année de naissance :

Etat civil :

Niveau de formation scolaire :

Autre formation ; formation post-grade :

Lieu de formation :

Annexe 9 : Echelle suisse de tri aux urgences : recto verso

Service des Urgences (SU) JS/Juliet2011/FeuilleTri

MOTIF : 1 _ _ _	DEGRE :	ORIENTATION
---------------------------	----------------	--------------------

Infirmière d'accueil (initiales huissier): |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Date : |_|_| |_|_| 201|_| | Heure : |_|_| h |_|_| min

Entourage :

MOTIF D'ENTREE : (plainte du patient, circonstances de l'événement, cinétique de l'accident)

Echelle Suisse de Tri



TRAITEMENT: Antidiabétique Anticoagulant

	Degré 1		Degré 2		Degré 3		Degré 4	
GLASGOW	≤ 8		9-13		14 - 15			
PUPILLES			Anormales		Normales			
			+ D G + - ⊙ ⊙ -		+ D G + - ⊙ ⊙ -			
PULSATIONS par minute	< 40 > 150		40 - 50 130 - 150		51 - 129			
TA en mmHg	TAS ≥ 230 TAS ≤ 70 TAD ≥ 130		TAS : 181 - 229 TAS : 71 - 90 TAD : 115 - 129		TAS : 91-180 TAD < 115			
INDEX DE CHOC			Pls > TAS		Pls ≤ TAS			
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
FR par minute	> 35 ≤ 8		25 - 35 9 - 12		13 - 24			
			Cyanosé		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
SPO2 en %	< 90		90 - 93		94 - 100			
PEAK-FLOW Valeur prédite :			≤ 50% de la valeur prédite		> 50%			
T°C	< 32		32 - 35 > 40		35,1 - 40			
GLYCEMIE en mmol			< 4 ≥ 25		4 - 24,9			
ACETONEMIE en mmol			≥ 0,6		< 0,6			
DOULEUR			① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩					
Autres signes cliniques observés	_____							

Heure	Initiales huissier	Démarches d'orientation effectuées :

Cardio-vasculaire - Respiratoire		Degrés
1001	Arrêt cardiaque - respiratoire	1
1002	Douleur thoracique	1 2
1003	Tachycardie - troubles du rythme	1 2 3
1004	Bradycardie	1 2
1005	Hypertension	1 2 3
1006	Hypotension	1 2
1007	Douleur et/ou œdème d'un membre	2 3
1008	Dyspnée - tachypnée - bradypnée	1 2 3
1009	Toux - expectorations	3 4
1010	Hémoptysie	1 2

Neurologie - Psychiatrie		
1101	Coma - trouble état de conscience sans cause évidente	1 2
1102	Agitation agressivité	1 2
1103	Confusion d'apparition récente - trouble du comportement récent	2
1104	Convulsion en cours ou récente	1 2
1105	Aphasie - dysphasie - amnésie - diplopie - paralysie - parésie - parésie - trouble de l'équilibre - vertiges	1* 2* 3*
1106	Céphalées violentes ou inhabituelles	1 2
1107	Céphalées légères ou chroniques	3 4
1108	Malaise avec ou sans PC	2 3
1109	Crise d'angoisse - idéation suicidaire - mutisme	1 2
1110	Anxiété - dépression	3 4
1111	Abus/intoxication médicaments - drogues	2 3
1112	Abus/intoxication alcoolique	2 3
1113	Demande de sevrage	3 4
1114	Hallucinations	2 3

Traumatologie		
1201	Polytraumatisé	1
1202	Perte d'un membre	1
1203	Traumatisme du rachis avec déficit	1
1204	Traumatisme du rachis sans déficit	2 3
1205	Traumatisme/contusion thoracique	1 2 3
1206	Traumatisme abdominal	1 2
1207	Traumatisme crânien avec PC/amnésie circonstancielle	1 2
1208	Traumatisme crânien sans PC ni amnésie	2 3
1209	Traumatisme du bassin	1 2 3
1210	Traumatisme d'un membre	2 3 4
1211	Traumatisme maxillo-facial	1 2 3
1212	Plaie profonde	1 2
1213	Plaie superficielle	3 4
1214	Brûlures	1 2 3
1215	Gelures	2 3
1216	Morsures	2 3

1* : délai d'apparition des symptômes ≤ 6 heures

2* : délai d'apparition des symptômes > 6 h et < 24 h ou > 24 h avec aggravation des symptômes

3* : délai d'apparition des symptômes > 24 h sans aggravation des symptômes

EST Motifs - Juillet 2011

Digestif - Gynécologie		Degrés
1301	Hématémèse - méléna	1 2 3
1302	Hématochésie	1 2 3
1303	Douleurs abdominales	2 3
1304	Nausées - vomissements	2 3 4
1305	Epigastralgies	3 4
1306	Constipation	3 4
1307	Diarrhées	2 3 4
1308	Affection mammaire	3 4
1309	Douleurs anales - affection anale	3 4
1310	Douleurs pelviennes/inguinales	2 3
1311	Accouchement	1 2
1312	Hémorragie/pertes vaginales	1 2 3

Urologie - Néphrologie		
1401	Douleur loge rénale	3 4
1402	Hématurie macroscopique	2 3
1403	Anurie - rétention urinaire	2 3
1404	Brûlure mictionnelle - pollakiurie	3 4
1405	Affection testiculaire/pénienne	2 3
1406	Polyurie - polydipsie Hyperglycémie - hypoglycémie	2 3

Problèmes infectieux		
1501	Fièvre	1 2 3 4
1502	Syndrome grippal	3 4
1503	Hypothermie	1 2

ORL		
1601	Vertiges rotatoires possiblement périphériques	3
1602	Affection ORL	3 4
1603	Epistaxis	2 3

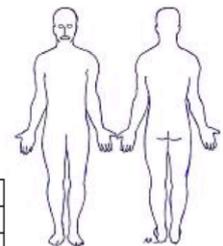
Dermatologie		
1701	Réactions allergiques	1 2 3
1702	Affection vénérienne	3 4
1703	Affection/infection cutanée - tissus mous	2 3 4

Rhumatologie		
1801	Cervicalgies - dorsalgies - lombalgies	3 4
1802	Arthralgies - myalgies	2 3 4

Autres		
1901	Problème ophtalmologique	2 3
1902	Accident de décompression - barotraumatisme	1 2
1903	Ingestion/inhalation/exposition à un toxique	1 2 3
1904	Ingestion/inhalation/insertion de corps étranger	1 2 3
1905	Electrisation	1 2
1906	Body pack	3
1907	Hospitalisation sociale	4
1908	Suite d'hospitalisation	2 3 4
1909	Examens biologiques perturbés	2 3
1910	Problème dentaire	3 4
1911	Baisse état général	3 4
1912	Chute(s) chez la personne âgée	3 4
1913	Grefte	2 3
1914	Conseil - attestation	4
1915	Prophylaxie post-exposition (PEP - AES)	3
1916	Agression sexuelle	2 3
1917	Constat de coup	4
1918	Hoquet	3 4
1919	Gestes techniques - examens	3 4

Annexe 10 : Fiche d'Intervention Pré hospitalière

FICHE D'INTERVENTION IAS No : A00839		Priorité <input type="checkbox"/>	Service <input type="checkbox"/> 1	Canton <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> E		
Intervention	1 = Responsable d'intervention / 2 = Equipier / 3 = Médecin / 4 à 6 = Autres		Date d'intervention			
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 14 6 2012			
	Sélectif radio <input type="checkbox"/>		Ambulance (1) Ambulance-hélico (2) Ambulance-SMUR (3) Autre méd (4) / Hélicoptère (5) <input type="checkbox"/>			
	Médicalisation : Simultanée <input type="checkbox"/> 2ème échelon <input type="checkbox"/>		Heure : Arrivée sur site : Annulée <input type="checkbox"/> Heure : Indisponible <input type="checkbox"/>			
	Heures Evénement : <input type="text"/> Alarme CASU <input type="text"/> Alarme service sauvetage <input type="text"/> Départ pour le site <input type="text"/> Arrivée sur le site <input type="text"/> Départ du site <input type="text"/> Arrivée à destination <input type="text"/> Opérationnel <input type="text"/>		Alarmé par 144 <input type="checkbox"/> Signaux prioritaires enclenchés : autre : <input type="checkbox"/> jusqu'au site <input type="checkbox"/> jusqu'à l'hôpital <input type="checkbox"/> Date alarme : <input type="text"/> Liei de départ : <input type="text"/> Lieu de prise en charge (code/No commune) : <input type="text"/> <input type="text"/> Lieu de destination (code/No commune) : <input type="text"/> <input type="text"/> ASSA (Eaux-vives) <input type="text"/> 6621			
			No Fiche 144 <input type="text"/> Code AMPDS <input type="text"/> Km parcourus <input type="text"/> Problème principal Code <input type="text"/> Motif du transfert <input type="text"/> NACA <input type="checkbox"/> Trauma : oui (1) / non (2) <input type="checkbox"/>			
	Anamnèse	Symptômes / circonstances		Date de naissance : <input type="text"/> Sexe : <input type="checkbox"/>		
		Allergie-s : Pas connue		Nom : New Patient		
	Médicament-s :		Prénom : New Patient		Adresse:	
	Observation	Heure :		A destination		Remarques
AVPU						
Fréq. respiratoire						
Fréq. cardiaque						
GCS - Total						
GCS - / Y / V / M						
TAS						
TAD						
SpO ₂						
Pupilles						
Réactivité (+/-)						
Douleur (0-10)						
Déficit neurologique focal s/site						
T° / glycémie / autre						
		Aucun Para Tétra Hémi. D. Hémi. G.		Pas évaluable		
Action et équipement	O ₂ L/min. ou %		O ₂			
	Ventil.		Vt			
	Compres. thoraciques		CT			
	Défib./Cardiovers. (J)		DC			
	Autre		A			
	Perf.		P1			
			P2			
	Méd.					
			DOS			
	Monitoring card. <input type="checkbox"/>		VVP <input type="checkbox"/>		Echec à la pose <input type="checkbox"/>	
Immobilisation : KED <input type="checkbox"/>		attelle <input type="checkbox"/>		minerve <input type="checkbox"/>		
Position : assise <input type="checkbox"/>		semi-assise <input type="checkbox"/>		dorsal <input type="checkbox"/>		
Autres mesures :				latéral <input type="checkbox"/>		
Patient remis à :				de choc <input type="checkbox"/>		
Responsable d'intervention :				Intra-osseuse <input type="checkbox"/>		
				coquille <input type="checkbox"/>		
				autre <input type="checkbox"/>		
				Si médicalisation :		
				Intubation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
				Autres mesures :		
				Signature :		
				Localisation : 1. hémorragie 5. brûlure 2. contusion 6. amputation 3. plaie 7. douleur 4. fracture/luxation 8. paresthésie		
				* signature du médecin Voir indications au verso		



Annexe 11 : Exemple de demande pour un débriefing au sein d'une société d'ambulance privée

	Type de document: Procédure	Nombre de page: 1
	Rédacteur:	Responsable: Resp. du personnel
312 : Débriefing émotionnel	Version: 1	Créé le : 10.12.2008: Approuvé le 19.01.2009 En vigueur à partir de: 19.01.2009

