|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |





**La collaboration au Smur :**

**Le binôme infirmier anesthésiste et médecin urgentiste**

Sous la direction de : Monique GIRAUD

Mémoire présenté en vue de l’obtention du diplôme de cadre de santé

et du master (1ère année)

« Sciences de l’éducation – Cadres d’intervention en terrains sensibles »

**Isabelle UBY**

Promotion Queneau : **2017 - 2018**

Date du Jury :**juin 2018**





**La collaboration au Smur :**

**Le binôme infirmier anesthésiste et médecin urgentiste**

Sous la direction de : XXXXXX

Mémoire présenté en vue de l’obtention du diplôme de cadre de santé

et du master (1ère année)

« Sciences de l’éducation – Cadres d’intervention en terrains sensibles »

**XXXX**

Promotion Queneau : **2017 - 2018**

Date du Jury :**juin 2018**

**Remerciements**

Je remercie,

Madame X en tant que directrice de mémoire. Ses questions m’ont permis de progresser dans ma réflexion depuis le début de ce travail de recherche. Ses conseils m’ont guidée pour avancer dans les moments de doute.

L’équipe pédagogique de l’IFCS de Sainte-Anne pour les enseignements apportés tout au long de ces dix mois ainsi que pour leurs encouragements.

Les universitaires car ils ont su partager leurs savoirs théoriques et méthodologiques nécessaires à l’élaboration d’un mémoire. Je les remercie aussi pour leur disponibilité.

Ma famille qui a su faire preuve de compréhension pendant cette formation.

Les collègues de promotion pour les échanges et le soutien apporté.

**Liste des sigles utilisés**

CESU : Centre d’enseignement des soins d’urgence

IADE : Infirmière anesthésiste diplômée d’État

IDE : Infirmière diplômée d’État

MAR : Médecin anesthésiste-réanimateur

SAMU : Service d’aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d’urgence et de réanimation

**Table des matières**

[INTRODUCTION 3](#_Toc513458455)

[PARTIE I : PROBLÉMATISATION 5](#_Toc513458456)

[1 Préambule à la recherche 5](#_Toc513458457)

[1.1 Le choix du thème 5](#_Toc513458458)

[1.2 L’émergence de la question de départ 6](#_Toc513458459)

[2 Le pré hospitalier 11](#_Toc513458460)

[2.1 Le Samu/Smur 11](#_Toc513458461)

[2.2 Les acteurs d’une équipe Smur et leurs rôles 13](#_Toc513458462)

[2.3 Les particularités pré hospitalier 15](#_Toc513458463)

[3 Quelques concepts 19](#_Toc513458464)

[3.1 Les compétences 19](#_Toc513458465)

[3.1.1 Définitions : la compétence, la connaissance, les savoirs 19](#_Toc513458466)

[3.1.2 Les compétences requises 21](#_Toc513458467)

[3.1.3 La formation initiale des smuristes : par les compétences 22](#_Toc513458468)

[3.1.4 Et les compétences non techniques ? 24](#_Toc513458469)

[3.1.5 La compétence collective 25](#_Toc513458470)

[3.2 La collaboration en équipe interprofessionnelle 25](#_Toc513458471)

[3.2.1 Une équipe interprofessionnelle ? 26](#_Toc513458472)

[3.2.2 Les facteurs de collaboration 28](#_Toc513458473)

[3.2.3 Les avantages 29](#_Toc513458474)

[3.2.4 Les limites 30](#_Toc513458475)

[3.3 La problématique retenue : question de recherche et hypothèse 33](#_Toc513458476)

[PARTIE II : L’ENQUÊTE DE TERRAIN 35](#_Toc513458477)

[1 La préparation de l’enquête 35](#_Toc513458478)

[2 Le déroulement de l’enquête 39](#_Toc513458479)

[3 Les entretiens semi-directifs 41](#_Toc513458480)

[3.1 Le profil des interviewés 41](#_Toc513458481)

[3.2 La collaboration : de l’idéal au réel 42](#_Toc513458482)

[3.2.1 Leurs conceptions de l’équipe 42](#_Toc513458483)

[3.2.2 Les bénéfices de la collaboration 45](#_Toc513458484)

[3.2.3 Les facteurs favorisant la collaboration 46](#_Toc513458485)

[3.2.4 L’apprentissage de la collaboration 50](#_Toc513458486)

[3.2.5 Les freins à la collaboration interprofessionnelle 52](#_Toc513458487)

[3.2.6 Les dysfonctionnements d’équipe 53](#_Toc513458488)

[3.3 Les compétences 54](#_Toc513458489)

[3.3.1 La connaissance mutuelle des compétences 54](#_Toc513458490)

[3.3.2 Les acquis de l’expérience 56](#_Toc513458491)

[3.3.3 À quoi sert de connaitre les compétences de ses équipiers ? 57](#_Toc513458492)

[3.4 Le contexte pré hospitalier 59](#_Toc513458493)

[3.4.1 Les sources de stress 59](#_Toc513458494)

[3.4.2 Les effets du contexte pré hospitalier sur l’équipe 61](#_Toc513458495)

[3.4.3 La gestion du stress 63](#_Toc513458496)

[Conclusion 65](#_Toc513458497)

[Bibliographie 67](#_Toc513458498)

[Annexe I : le référentiel de compétences de l’Iade I](#_Toc513458499)

[Annexe II : le guide d’entretien III](#_Toc513458500)

[Annexe III : le talon identitaire et sociologique III](#_Toc513458501)

[Annexe IV : l’entretien avec un Iade IV](#_Toc513458502)

[Annexe V : l’entretien avec un médecin V](#_Toc513458503)

INTRODUCTION

Après avoir été infirmière anesthésiste diplômée d’état (Iade) dans le même service d’aide médicale urgente (Samu) pendant 15 ans, j’ai souhaité évoluer vers l’encadrement ce qui m’amènera à être responsable d’une équipe soignante.

La formation de cadre de santé offre des apports théoriques et pratiques pour construire notre future identité professionnelle. Le travail de recherche, nécessaire à l’élaboration un mémoire de master, participe également à la professionnalisation dans le sens où il permet un temps de réflexion nourri par des lectures et des échanges avec les professionnels de terrain.

La collaboration interprofessionnelle est une pratique en développement à l’hôpital d’autant qu’elle permet un travail plus efficace qu’exercé individuellement. Le cadre de santé, au croisement de personnes exerçant des métiers différents, veille à leur articulation pour garantir des soins de qualité.

Mon expérience au service mobile d’urgence et de réanimation (Smur) a été source d’observations et de questionnements me conduisant en tant qu’étudiante cadre de santé et apprentie chercheuse à interroger ce qui contribue à la collaboration au sein d’une équipe pré hospitalière, tout en sachant que cette problématique peut être élargie à d’autres services. En l’occurrence, je souhaite étudier le rapport entre la connaissance mutuelle des compétences de l’autre et la collaboration. En effet, il me semble que le travail d’équipe ne fonctionne pas toujours et que son élaboration dépende de cette connaissance. Une recherche théorique et une enquête de terrain permettront de vérifier cette hypothèse.

La première partie de ce travail sera consacrée à présenter mon cheminement menant à la formulation de la question de recherche. Ainsi, je commencerai par expliquer le choix du thème : la collaboration interprofessionnelle au sein d’un Smur. Puis nous passerons par quelques éclaircissements à propos du contexte pré hospitalier et des concepts de compétence et de collaboration. La question de recherche et l’hypothèse terminerons cette partie.

La deuxième partie sera dédiée à l’enquête de terrain. Je commencerai par présenter la préparation de l’enquête ; la méthode de l’enquête retenue : les entretiens semi-directifs, puis l’élaboration du guide d’entretien pour terminer avec le choix du terrain d’enquête. Ensuite j’exposerai comment s’est mise en place son organisation et les limites observées. Puis le déroulement de l’enquête sera détaillé : les locaux utilisés pour réaliser les entretiens, les professionnels choisis pour être interviewés et la construction de la grille d’analyse. Après quoi, je poursuivrai par l’analyse des résultats obtenus qui seront discutés au fur et à mesure des thèmes abordés.

En dernier lieu, la conclusion clôturera ce travail de réflexion en reprenant les idées principales menant à répondre à la question de recherche. Il sera également question d’avoir un regard critique sur cette recherche : ce que j’en ai retiré comme enseignements et ce qu’elle m’offre comme nouvelles pistes de réflexion.

PARTIE I : PROBLÉMATISATION

# Préambule à la recherche

## Le choix du thème

**Mon expérience du travail en équipe**

J’ai le plus souvent travaillé en équipe : en tant qu’infirmière aux urgences et en tant qu’Iade au bloc opératoire comme au Smur. Je retiens de mon parcours professionnel majoritairement effectué au Smur, l’expérience acquise et des satisfactions. La première était de réussir à conjuguer nos efforts (le médecin, l’ambulancier et moi-même) pour soigner un patient vite et bien. Travailler dans ce service impliquait une part d’incertitude car il n’y avait pas de routine. Cependant nous étions confiants car nous nous connaissions assez pour savoir que nous pouvions compter les uns sur les autres, nous étions « une équipe ». L’avantage d’être restée longtemps dans le même service était de connaitre les différents acteurs ce qui permettait d’anticiper le comportement de chacun et limitait la zone d’incertitude.

Ce travail comportait des difficultés même si nous n’en laissions rien paraître au patient. Des difficultés liées à la tâche : « sauver » des personnes entre la vie et la mort était parfois un but difficile à atteindre tant les dommages étaient majeurs. Mais aussi des difficultés liées à nos émotions : être confrontés à la souffrance, aux angoisses des patients ou de leur entourage et à la mort brutale était éprouvant. Cependant, il arrivait également que l’équipe soit en difficulté pour des raisons liées à son propre fonctionnement.

Certaines attitudes médicales généraient des tensions car elles allaient à l’encontre de mes représentations du travail en équipe : la confiance mutuelle, le dialogue, la reconnaissance et la collaboration. Certains d’entre eux ne tenaient pas compte des suggestions émises par les Iade et décidaient seul. Ce contexte de travail expliquait-il ces problèmes ?

Mon expérience professionnelle m’a fait vivre le travail d’équipe de façon variable ; c’est cette variabilité qui m’interroge et m’incite à l’explorer plus en profondeur pour mieux la comprendre.

**Pourquoi parler du travail en équipe ?**

Le thème du travail en équipe me tient à cœur pour plusieurs raisons. La première est qu’il a été une source de plaisir au travail et donc de motivation. Une deuxième raison est que je souhaite, en tant que cadre de santé, veiller à une réelle collaboration entre les différents professionnels pour qu’ils donnent le meilleur d’eux-mêmes aux patients mais aussi pour qu’ils gagnent en qualité de vie au travail. En effet, je partage la pensée de Christophe Dejours résumée dans le titre de son ouvrage : « *Le choix : souffrir au travail n’est pas une fatalité »* (2015). Le fruit de cette recherche pourrait me donner les moyens de contribuer au bon fonctionnement et à l’épanouissement des équipes que je managerai.

**Un sujet d’actualité**

La collaboration entre les différents professionnels de santé a pour avantage premier de permettre des soins sûrs et de qualité pour des patients aux exigences grandissantes qui n’hésitent plus à porter plainte en cas de dommages liés aux soins. Le deuxième avantage intéresse plus directement les soignants : une collaboration vécue comme réussie est une source de satisfaction. Cependant collaborer peut aussi être une source de tourments : nombreux sont les collègues qui nous parlent de leurs doutes, de leur stress voire de leur lassitude. Les problèmes que rencontre le monde hospitalier, notamment à travers la souffrance de ses acteurs, sortent du silence pour être exposés sur la place publique par une médiatisation grandissante.

## L’émergence de la question de départ

**La situation d’appel**

Comme nous l’avons vu, j’ai le plus souvent travaillé avec bonheur car il régnait un bon esprit d’équipe. Cependant, nous étions parfois en proie à des difficultés qui entrainaient une certaine tension. Cette variabilité de situations m’interroge et est le point de départ de mon questionnement initial : **comment expliquer qu’une équipe parvient à fonctionner ou pas ?** La situation expérientielle suivante illustre et élargit mon questionnement :

Au petit matin, l’équipe Smur fut sollicitée pour l’arrêt cardio-respiratoire d’un homme âgé à son domicile. Dès le début de la réanimation, je remarquai un début de rigidité cadavérique qui m’amena à douter de l’intérêt d’une réanimation prolongée. J’informai le médecin de mon observation et en attendais son accord pour cesser les gestes de secours.

Le médecin me répondit que le corps était encore chaud et que nous devions continuer la réanimation. Cette réponse me surprit : pourquoi cette information, issue de mon observation, n’avait pas changé l’orientation de cette intervention ? Était-ce une question de confiance, ne me croyait-elle pas ?

J’étais mécontente car je ne comprenais pas cette obstination à réanimer et déplorait un manque de communication : mon message ne semblait pas avoir été entendu, comment l’expliquer ?

Le médecin ordonna la fin des soins au bout des trente minutes habituellement préconisées par les sociétés savantes. Ces recommandations scientifiques s’appliquent à une situation où les premiers gestes de réanimation ont été effectués très rapidement après le constat d’arrêt cardio-respiratoire ce qui n’était manifestement pas le cas de la situation en cours. Cette décision était-elle due à une question de responsabilité ? De bienveillance par rapport à l’épouse présente ?

Au décours de cette intervention, je n’ai pas prévenu le cadre de proximité de mes difficultés relationnelles avec le médecin durant cette intervention parce qu’il m’avait déjà confié être impuissant à résoudre des problèmes similaires avec cette même personne. De ce fait, où, avec qui et comment parler des problèmes relationnels rencontrés en intervention ?

**Vers de nouvelles questions**

Je me suis demandée au départ comment expliquer qu’une équipe fonctionne ou pas. Chemin faisant, je m’aperçois que décrire une expérience difficile fait émerger de nouvelles questions relatives à la difficulté de travailler en équipe notamment lorsque surgit un désaccord dans le contexte de l’urgence. Peut-être est-ce un problème de communication ? De confiance ? De relations interindividuelles entre professionnels issus de cultures différentes ?

La situation décrite interroge aussi le sens donné au soin et à son éthique : pourquoi et pour qui réanimer quand il n’y a pas de succès possible ? Au total, pourquoi est-ce parfois compliqué de travailler avec certains médecins urgentistes ?

**L’entretien exploratoire**

J’ai souhaité mener un entretien pour mesurer la pertinence de mon questionnement global sur le travail en équipe et en explorer les différents aspects. Je me suis entretenue avec un Iade qui travaille au bloc opératoire mais qui était auparavant infirmier au Smur et travaillait avec des médecins urgentistes. Ma question était : **« Qu’avez-vous à dire par rapport au travail en équipe ?** **»**.

Il m’a tout d’abord dit que le binôme Iade/médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) fonctionne mieux et est plus agréable que le binôme infirmier/médecin urgentiste. Les raisons en sont les suivantes : la communication avec le MAR est possible et facile grâce à leur ouverture d’esprit. Par exemple, les MAR écoutent les avis des Iade pour l’anesthésie d’un patient. Ensuite, le binôme en anesthésie se fait confiance car il a l’habitude de travailler ensemble et ce dès leur formation initiale. Il affirme que les Iade expérimentés peuvent apporter leurs savoirs aux médecins débutants.

En revanche, la collaboration semble problématique avec les médecins urgentistes.  Il évoque des problèmes d’état d’esprit et de communication surtout avec les médecins débutants : *« Les médecins urgentistes, j’ai l’impression qu’ils sont très obtus, ils sont assez fermés, que la discussion est beaucoup plus difficile ».* Selon lui, un urgentiste lui aurait dit qu’écouter les idées de l’infirmier est difficile du fait de la responsabilité médicale.

Il rapporte un manque de confiance (parfois réciproque) de la part des urgentistes envers les infirmiers.

Les rôles et les limites de chaque profession sont compliqués : d’un côté l’urgentiste est attaché à son rôle et à son autorité : *« C’est moi le médecin, c’est moi qui décide ! ».* De l’autre l’infirmier, bien que non responsable de l’intervention, peut être critiqué sur une prise en charge médicale par le médecin recevant le patient aux urgences. Il explique alors ses limites : *« J’ai proposé une certaine stratégie thérapeutique pour la dame, ça n’a pas été accepté. Je ne peux pas me substituer au médecin ! ».*

Il parle de la méconnaissance de certains médecins urgentistes de ce *« qu’ils sont capables de faire en tant qu’Iade ».* Il témoigne aussi du manque de reconnaissance de la part de certains urgentistes qui négligent de valoriser la contribution de chacun au succès de l’intervention.

Enfin, il témoigne de son inconfort lors d’interventions auprès de patients en fin de vie quand il ne partageait pas le choix du médecin Smur de pratiquer une réanimation prolongée.

L’Iade avec lequel je me suis entretenue décrit des situations semblables à celles que j’ai vécues. Il parle de la collaboration Iade/MAR qui fonctionne grâce à : l’ouverture d’esprit, la discussion possible, la confiance mutuelle, la connaissance réciproque du rôle de chacun et la reconnaissance de leurs compétences.

En revanche, la collaboration semble plus compliquée avec les médecins urgentistes par l’altération ou l’absence des facteurs précités. De plus, des choix éthiques peuvent poser problème lorsqu’il n’y a pas de consensus dans l’équipe. Mon expérience me laisse à penser que les problèmes relationnels sont peut-être exacerbés par le contexte du travail pré hospitalier. Il faudra vérifier cette hypothèse ultérieurement.

Cette phase exploratoire appuyée sur un entretien et sur mon expérience professionnelle met en lumière des concepts liés aux relations existant entre différents professionnels qui travaillent en équipe. La collaboration interprofessionnelle et la connaissance réciproque des compétences semblent être nécessaires au bon fonctionnement d’une équipe au Smur. Ces termes méritent d’être explicités pour comprendre ce qu’ils recouvrent et enrichir ma réflexion.

# Le pré hospitalier

L’exploration du Samu et du Smur par son histoire, ses acteurs et ses particularités nous permettra de comprendre le contexte de travail qui est celui d’une équipe pré hospitalière.

## Le Samu/Smur

L’exploration du Samu et du Smur par son histoire, ses acteurs et ses particularités nous permettra de comprendre le contexte de travail qui est celui d’une équipe pré hospitalière.

**Hier**

Le Pr Maurice Cara, médecin anesthésiste réanimateur, créa en 1956 à Paris les premières équipes mobiles de réanimation afin d’assurer les transferts des malades atteints de poliomyélite. Secondairement, il convainquit les autorités de la nécessité d’assurer des secours médicalisés aux accidentés de la route. Le Smur était un concept innovant puisque l'hôpital sortait de ses murs pour aller vers les patients. L’essor de la médecine d’urgence fut lié à celui de la discipline d’anesthésie-réanimation qui a contribua au développement et au fonctionnement des Smur. Les Samu naquirent en 1968 pour coordonner l’activité des Smur. (Club de l’histoire de l’anesthésie et de la réanimation, 2015).

**Aujourd’hui**

Le Samu, situé dans un centre hospitalier, est le siège du centre de régulation médicale des urgences d'un secteur sanitaire (généralement un département) qui répond 24h/24 aux besoins de santé de la population.

La régulation médicale du Samu a pour objectif d’apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d’une personne en détresse. Elle est accessible par le numéro d’appel d’urgence "15" et est effectuée par des médecins hospitaliers urgentistes et des médecins d’exercice libéral.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre simultanée de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours.

**Les missions du Samu**

Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre aux situations d'urgence et de former les professionnels de la santé aux gestes d’urgence. Pour atteindre cet objectif, le Samu doit :

* Assurer une écoute médicale permanente.
* Mettre en œuvre et réguler les différentes interventions.
* S’assurer de la disponibilité des moyens d’hospitalisation publique et privée et organiser les transferts entre les différents établissements de soin.
* Assurer l’enseignement et la formation de la prise en charge de l’urgence dans les structures adaptées : le centre d’enseignement des soins d’urgence (Cesu).
* Organiser des situations sanitaires exceptionnelles.

Le Samu peut mobiliser de nombreux effecteurs : une ambulance privée, des sapeurs-pompiers, un Smur. Le Samu choisit l’effecteur le plus adapté selon la nature de l’appel.

**Les missions du Smur**

Le Smur est un service hospitalier basé dans un hôpital de proximité qui n’intervient que sur demande du Samu. Il a pour mission d’assurer la prise en charge des patients ou parturientes en situation d’urgence médicale (intervention primaire) au domicile, sur la voie publique ou sur un lieu public ou professionnel.

Le Smur assure également le transfert entre deux établissements de santé d’un patient nécessitant une prise en charge et une surveillance médicale pendant le trajet (intervention secondaire).

Le véhicule Smur, véhicule léger ou ambulance (l’unité mobile hospitalière), est doté du matériel de réanimation complet. L’équipe Smur est constituée au moins d’un médecin (urgentiste et plus rarement anesthésiste), d’un infirmier anesthésiste ou d’un infirmier et d’un ambulancier.

## Les acteurs d’une équipe Smur et leurs rôles

Les personnels à bord des unités mobiles hospitalières sont des professionnels de l'urgence. Ils peuvent être accompagnés d’étudiants médicaux ou paramédicaux en cours de formation.

L'article D. 6124-13 du code de la santé publique définit la composition de l’équipage, à savoir : un médecin qualifié en médecine d’urgence, un infirmier diplômé d’État (IDE) et un ambulancier diplômé d’État.

L’article R. 4311-12 du code de la santé publique précise que les transports sanitaires sont réalisés en priorité par l’infirmier ou l’infirmière anesthésiste diplômé d’État. Aussi, la décision d'employer un IDE ou un Iade au Smur en revient donc au chef de service ainsi qu'au directeur de l'établissement concerné.

**2.2.1 Le médecin urgentiste**

Le médecin urgentiste est un médecin qui s’est spécialisé en médecine d’urgence selon différentes modalités que nous verrons ensuite. Il peut partager son temps de travail dans différents services : le Samu, le Smur, les urgences etc.

Comme tout médecin, il analyse la situation présente et son évolution possible. Il examine le patient afin de poser des hypothèses diagnostiques. En tant que responsable de l’intervention, il décide des actions à entreprendre : les examens et les gestes techniques à effectuer et les traitements à administrer. Il participe lui-même à ces actions et en confie une partie à ses co-équipiers. Ses liens professionnels avec eux sont fonctionnels : par ses prescriptions, le médecin dicte une partie de l’activité de l’infirmier et de l’ambulancier.

Une particularité du médecin Smur est qu’il transmet son bilan de l’intervention au médecin régulateur du Samu afin que celui-ci cherche le lieu d’hospitalisation le plus adapté à la situation du patient. Cet appel peut aussi être l’occasion d’une aide à la décision.

Comme les médecins exerçant dans d’autres services, le médecin urgentiste enseigne et transmet ses savoirs aux étudiants en médecine ainsi qu’aux médecins nouvellement arrivés au Samu. Il emploie le compagnonnage, les cours théoriques et pratiques ainsi que le débriefing au staff du matin concernant les interventions de la garde passée.

**2.2.2 L’infirmier anesthésiste**

L’infirmier anesthésiste diplômé d’État réalise les soins spécifiques et les gestes techniques dans les domaines de l’anesthésie-réanimation, de la médecine d’urgence et participe à la prise en charge de la douleur. Il exerce majoritairement dans les blocs opératoires et dans les salles de réveils post-interventionnels mais peut aussi travailler dans les services d’urgence intra et extrahospitaliers notamment les Smur.

Concrètement, au bloc opératoire, l'infirmier anesthésiste diplômé d'État, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques d’anesthésie générale, d’anesthésie loco-régionale et la réanimation per-opératoire. Au bloc opératoire, l’Iade est habitué à travailler en binôme avec le MAR qui supervise deux salles différentes ce qui implique l’autonomie de l’Iade et la confiance du médecin.

Dans son activité pré hospitalière, l’Iade est maintenant seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers.

L’Iade dispose donc d’une exclusivité d’exercice du fait de son expertise en anesthésie et réanimation.

Les missions les plus courantes de l’Iade en intervention Smur sont :

* Pratiquer les gestes d’urgence (ventilation manuelle, intubation, abord veineux, etc.).
* Administrer les traitements prescrits et surveiller leur effet.
* Surveiller les paramètres vitaux du patient (tension, conscience, ventilation …).
* Prendre en charge la douleur : son évaluation et son traitement.
* Veiller au respect des règles d’hygiène.
* Gérer les aspects relationnels liés au patient et à son entourage.

Les missions de l’Iade dans le service sont :

* Contrôler et réapprovisionner les matériels et dispositifs médicaux présents dans les véhicules Smur en liaison avec l’ambulancier et le médecin.
* Assurer l’accueil et l’encadrement des différents étudiants et stagiaires.
* Participer au staff clinique et aux réunions de travail.
* Participer à des sessions de formation comme formateur au Cesu.
* Participer à des missions exceptionnelles comme des couvertures médicales lors de grands rassemblements mais aussi à la mise en œuvre des plans d’urgence lors d’évènements de grande ampleur impliquant de nombreuses victimes.

**2.2.3 L’ambulancier**

Le métier d’ambulancier diplômé d’état est défini par le code de la santé publique : « L'ambulancier transporte et accompagne, dans des véhicules affectés à cet usage, des malades, des blessés ou des parturientes ». (Article L4393-1du code de la santé publique). Ses activités sont décrites dans le référentiel de formation du diplôme d'ambulancier.

Ses rôles au Smur sont multiples : il est chargé du transport de l’équipe médicale et du patient en toute sécurité. Il aide le médecin et l’infirmier dans la prise en charge des patients dans la limite de son champ de compétences. Il participe au recueil de données du patient. Il assure le brancardage, l’installation et la mise en condition du patient. Il gère les véhicules Smur : leur fonctionnalité et leur propreté et vérifie le matériel s’y trouvant en collaboration avec l’infirmier. Enfin, il participe à la mise en œuvre et à la maintenance de la logistique déployée par le Samu et le Smur en situation d'exception.

## Les particularités pré hospitalier

Après avoir examiné l’histoire de l’organisation des soins pré préhospitaliers et le rôle des professionnels y travaillant, nous allons maintenant considérer les particularités du Smur.

**2.3.1 La pression temporelle**

L’heure d’or ou « Golden Hour » est un concept de médecine d’urgence : l’équipe doit arriver dans les meilleurs délais sur les lieux de l’intervention et réanimer le blessé dans l’heure suivant l’impact pour optimiser ses chances de survie.

En dehors du contexte des traumatisme routiers, la prise en charge de certaines pathologies (infarctus ou accidents vasculaires cérébraux) doit être rapidement mise en œuvre : toute minute perdue est synonyme de perte de chance pour le patient.

La prise de décision médicale doit être rapide mais elle peut être compliquée par l’urgence : le manque de temps pour réfléchir, pour rechercher des informations complémentaires et pour vérifier ses hypothèses.

La pression peut être due à l’entourage : les appelants s’inquiètent pour la santé d’un proche, que l’urgence soit réelle ou ressentie. Ils attendent des secours rapides et n’acceptent pas toujours le délai entre leur appel et l’arrivée de l’équipe médicale ou bien le temps passé sur place par l’équipe Smur avant de se diriger vers l’hôpital. Plus la situation est grave, plus l’entourage place son espoir d’amélioration envers l’équipe Smur ce qui ajoute une pression supplémentaire : une pression sociale.

**2.3.2 Un milieu « hostile »**

Les conditions environnementales peuvent compliquer la prise en charge des patients.

D’une part, les soins peuvent être difficiles à réaliser du fait de difficultés inhérentes au lieu d’intervention : faible éclairage, espace étroit et exposition aux variations climatiques. Cette situation demande aux soignants une forte capacité d’adaptation et de créativité pour pouvoir délivrer des soins de qualité dans un milieu inapproprié. D’autre part, l’équipe doit être autonome car l’éloignement de l’hôpital complique la possibilité de renforts en ressources humaines ou matérielles.

Enfin, l’insécurité complique parfois le bon déroulement du travail. Certains habitants perçoivent l’arrivée de l’équipe Smur avec sirène, gyrophares et « uniforme » comme une effraction de leur territoire. L’équipe peut alors être victime d’agressions verbales ou physiques.

Notre expérience nous amène à penser que ces particularités, liées à l’exercice préhospitalier, peuvent être sources de stress pour les acteurs du soin. Consultons maintenant les auteurs pour en savoir davantage.

**2.3.3 Le stress**

Si le stress « positif » permet de s’adapter à une situation nouvelle pour y faire face, le stress « négatif » peut être toxique lorsque les individus sont dépassés par une situation difficile. Il semble pertinent de définir et d’explorer le stress au travail pour établir le lien entre les équipes Smur et le stress.

L’institut national de recherche et de sécurité publie en 2013 une brochure « le stress au travail » qui précise les sources de stress au travail quel qu’il soit :

* L’intensité et le temps de travail (exigences qualitatives, délais courts).
* La charge émotionnelle.
* Le manque d’autonomie (participation aux décisions).
* Les rapports sociaux dégradés.
* Les conflits de valeurs (professionnelles, sociales ou personnelles).
* L’insécurité de la situation de travail (incertitude sur l’avenir de son métier).

Au moins trois de ces facteurs sont présents au Smur. Le travail n’est pas linéaire : il alterne brusquement entre calme lorsque les professionnels sont dans le service et départ rapide en intervention pour des patient ayant rapidement besoin de secours. La charge émotionnelle est potentiellement présente face aux blessures, à la souffrance ou à la mort des patients. Enfin l’insécurité est parfois réelle soit par les lieux de travail soit par la présence de personnes menaçantes. Ces facteurs sont d’autant plus toxiques qu’ils s’inscrivent dans la durée, qu’ils sont subits, qu’ils sont nombreux et incompatibles.

D’autre part, une étude publiée en 2003 par A. Tillaux et C. Navarre a identifié d’autres facteurs de stress des professionnels du Smur qu’ils soient individuels ou interrelationnels :

* Le paradoxe entre le travail d’équipe et la solitude de la décision.
* Le rapport entre l’expérience des uns et le statut hiérarchique des autres qui peut créer des tensions.
* Les nouvelles techniques et les protocoles responsables d’une attention accrue et d’une crainte de l’erreur.
* Les conditions environnementales de l’intervention : froid, humidité, obscurité...
* La sensation d’impuissance.

Ces facteurs semblent plus subjectifs car ils sont liés au vécu de l’individu face à des situations de travail estimées difficiles : l’autonomie, les relations interpersonnelles et les conflits de valeur.

Les situations stressantes sont spécifiques à la médecine d’urgence et ses acteurs sont plus ou moins capables d’y faire face. Lors d’interventions chargées émotionnellement, l’agir peut être considéré comme une mise à distance de ses affects pour se protéger. « Construite par le collectif, la déshumanisation va permettre au personnel Smur de mieux faire face à la charge émotionnelle véhiculée par les interventions »(Laurent[[1]](#footnote-1) et Chahraoui[[2]](#footnote-2), 2010)*.*

Savoir s’adapter et gérer son stress sont donc des compétences indispensables pour travailler dans l’urgence.

Les informations recueillies confirment les enseignements tirés de notre expérience professionnelle. Les acteurs du préhospitalier ont pour mission de porter secours à la population à tout moment et quels que soient le contexte. Ils doivent faire preuve d’adaptation et de professionnalisme pour réussir à délivrer des soins de qualité dans des conditions de travail parfois difficiles. Les patients attendent d’eux un travail rapide et efficace ce qui signifie une forte exigence de compétence. Nous allons maintenant examiner ce que le terme de compétence recouvre en général mais aussi plus particulièrement pour les professionnels du Smur.

# Quelques concepts

## Les compétences

Le progrès scientifique, par le développement de nouvelles technologies et de nouveaux traitements, permet d’améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il a aussi densifié la formation des professionnels de santé. Cependant en médecine, le risque zéro n’existe pas. Cela se traduit dans le domaine des soins par des défauts de prise en charge, qu’ils soient dus à des facteurs matériels, contextuels ou humains. Un professionnel compétent peut commettre des erreurs : selon Reason[[3]](#footnote-3) (1990) l’erreur humaine peut être due à des problèmes d’attention, à la mauvaise utilisation des règles et aux connaissances incomplètes. Pour mieux comprendre le concept de compétence et connaitre les différents termes associés, il est nécessaire de nous référer à plusieurs auteurs.

### Définitions : la compétence, la connaissance, les savoirs

**La compétence**

« Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d’une variété de ressources internes et externes à l’intérieur d’une famille de situations » (Tardif, 2006)[[4]](#footnote-4).

La compétence s’observe dans l’action, est propre à un individu et à un contexte :

« La compétence n’est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir ni à un savoir-faire. Elle n’est pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent […] il n’y a de compétence que de compétence en acte […] la compétence professionnelle de déploie dans une pratique de travail » (Le Boterf,1994, p16).

Le Boterf[[5]](#footnote-5) précise les différentes ressources personnelles mobilisables dans la compétence :

* Les savoirs théoriques (les connaissances).
* Les savoirs procéduraux (savoir-faire techniques, méthodologiques, relationnels)
* Les savoirs pratiques (savoirs et savoir-faire d’expérience)

Les ressources externes peuvent être des outils d’aide (protocole) ou bien des réseaux (collègues). La définition de Le Boterf rejoint celle de Tardif sur les notions de ressources internes et externes.

Toujours selon Le Boterf, la compétence est le résultat de la combinaison de trois éléments : le savoir-agir qui mobilise des ressources internes et externes (connaissances, savoir-faire, réseaux) ; le vouloir-agir (la motivation) ; le pouvoir-agir (un contexte qui permet la mise en œuvre des compétences (Le Boterf, 2006)[[6]](#footnote-6).

La compétence est donc un savoir agir en combinant et en mobilisant efficacement des ressources internes ou externes dans un contexte donné qui le permet.

Comme il est question de différents savoirs en action, effectuons une brève exploration de la notion de savoirs pour en connaitre les contours.

**La connaissance**

François Conne[[7]](#footnote-7) (1992) distingue le savoir de la connaissance. Pour lui, le savoir est lié à une communauté de pairs alors que la connaissance est liée à l’individu qui la construit lui-même et l’intériorise.

**Le savoir**

Le savoir peut être considéré comme un : « énoncé communicable, jugé socialement vrai » (Wittorski[[8]](#footnote-8),1998, p 5).

Le centre national de ressources textuelles et lexicale (CNRTL) le définit ainsi : « ensemble des connaissances d'une personne ou d'une collectivité acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et/ou par l'expérience ».

**Les savoirs expérientiels**

Le Boterf parle de savoir-faire d’expérience en tant que ressource personnelle nécessaire pour être compétent. Cependant, avoir de l’expérience ne fait pas tout : « …il semble donc qu’un retour réflexif soit nécessaire pour tirer leçon de l’expérience, leçon au sens d’apprendre quelque chose sur soi, sur son rapport au monde, sur son rapport aux autres, construire en quelque sorte de la connaissance » (Lagadec[[9]](#footnote-9), 2009).

**Le** **savoir-faire**

Le dictionnaire Larousse (1994) le définit comme une habileté acquise par l’expérience dans l’exercice d’une profession.

Le dictionnaire Littré ajoute que c’est une : « habileté à faire réussir ce qu'on a entrepris ».

Si nous examinons simplement les mots, nous voyons que le savoir-faire est l’alliance des connaissances et de l’action. La définition du CNRTL y ajoute la notion d’habileté : « Pratique aisée d'un art, d'une discipline, d'une profession, d'une activité suivie ; habileté manuelle et/ou intellectuelle acquise par l'expérience, par l'apprentissage, dans un domaine déterminé ».

**Le savoir être**

Ce therme très flou mérite d’être clarifié. Nous pouvons distinguer deux approches différentes.

L’institut coopératif de l’école moderne le définit ainsi : « Capacité à s’adapter à des situations variées et à ajuster ses comportements en fonction des caractéristiques de l’environnement, des enjeux de la situation et du type d’interlocuteur ».

Cette définition la complète : « Terme communément employé pour définir un savoir-faire relationnel, c’est-à-dire, des comportements et attitudes attendus dans une situation donnée ». (Source : Association française de normalisation AFNOR).

Ainsi, le savoir-être peut être assimilé à une compétence sociale mobilisant adaptabilité, capacités relationnelles et sens de la communication.

### Les compétences requises

Ce sont les compétences indispensables à l’exercice d’une profession. Elles figurent dans les référentiels d’activités professionnelles. Ceux-ci décrivent les activités, les tâches et les conditions d’exercice de l’activité, ils contiennent aussi la description du champ d’activités et du contexte professionnel d’exercice. Les référentiels de compétences comportent la description des responsabilités principales du métier, de l’activité ou de la mission, en termes de savoir-faire (compétences) savoir (connaissances) et savoir être.

### La formation initiale des smuristes : par les compétences

Elle a pour objectif l’acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir être nécessaires à l'exercice d'un métier. Aujourd’hui, les formations des professionnels de la santé sont basées sur une ingénierie de formation se référant à l’approche par les compétences. Il est bien entendu, suite aux définitions de la compétence qu’elle ne se transmet pas mais qu’elle se construit par la formation et l’expérience.

**Le médecin urgentiste : des études de médecine générale à la spécialisation**

L’enseignement théorique est majoritairement délivré à la faculté de médecine. L’enseignement clinique se déroule sur les lieux de stage qui sont principalement situés dans des hôpitaux universitaires. Les étudiants sont le plus souvent formés par leurs pairs.

La première année de médecine se conclue par un concours très sélectif que réussissent environ un quart des étudiants. Les étudiants, appelés les externes à partir de leur quatrième année de médecine, passent en fin de sixième année le concours de l’internat. Le choix de la spécialité et du lieu d’exercice sera déterminé par leur classement. Les étudiants en médecine seront alors internes de spécialité.

L’internat dure de trois ans (médecine générale) à cinq ans (chirurgie). Pour obtenir son diplôme d’État de docteur en médecine, l’interne doit valider l’ensemble de ses stages, son diplôme d’études spécialisées (DES) et soutenir sa thèse. Il quitte alors le statut d’étudiant pour celui de docteur en médecine.

**La spécialisation en médecine d’urgence**

Jusqu’à la rentrée 2017, les médecins bénéficiaient de formations hétérogènes en contenu et en durée pour se spécialiser en médecine d’urgence : un diplôme d’études spécialisées complémentaire en médecine d’urgence, une capacité en médecine d’urgence, différents diplômes universitaires. Depuis cette date, la médecine d’urgence est reconnue comme une spécialité médicale à part entière et est enseignée en quatre ans.

Les objectifs généraux de la formation sont de former les spécialistes de médecine d’urgence exerçant dans les différentes structures (préhospitalières et hospitalières) afin d’évaluer, de prendre en charge et d’orienter les patients présentant des pathologies urgentes médicales et chirurgicales, chez l’adulte comme chez l’enfant. Les compétences spécifiques à acquérir sont d’ordre clinique, technique, organisationnel décisionnel, transversal et comportemental.

**L’infirmier anesthésiste**

Les infirmiers anesthésistes sont tout d’abord des infirmiers formés en trois ans et détenteurs d’une licence depuis la réforme des études en 2009. La spécialisation dure deux ans et est accessible après deux années au minimum d’exercice professionnel et un concours d’entrée.

La plupart des étudiants ont travaillé en tant qu’infirmiers dans des services d’urgences, de réanimation ou en salle de réveil.

La finalité de la formation est de former un infirmier anesthésiste responsable, réflexif et autonome, particulièrement compétent dans le domaine de soins en anesthésie et dans celui des soins d’urgences et de réanimation. Il doit être capable d’analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

Les principes pédagogiques s’appuient sur trois concepts : la formation d’adulte, la formation par alternance et la formation professionnalisante.

La formation est délivrée dans des écoles d’infirmiers anesthésistes avec un partenariat universitaire. Les cours théoriques sont assurés par les cadres formateurs et par des intervenants extérieurs souvent médecins spécialistes (anesthésistes, réanimateurs, urgentistes). L’enseignement clinique est réalisé au bloc opératoire principalement par le tutorat des Iade mais aussi par des médecins anesthésistes. Un stage de quatre semaines est consacré à la prise en charge pré hospitalière et se réalise soit au Smur, soit aux urgences.

Le diplôme d’État d’infirmier anesthésiste atteste de l’acquisition des 7 compétences[[10]](#footnote-10) du référentiel. La formation aboutit à une équivalence de grade master.

**L’ambulancier**

L'admission en formation conduisant au diplôme d'ambulancier est subordonnée à la réussite à des épreuves de sélection. Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve d'admissibilité. Il faut cependant avoir validé un stage de 140 heures réalisé dans une société d’ambulance. Le diplôme d’état d’ambulancier s’obtient après une formation de 630 heures ce qui correspond à une durée de deux à quatre mois selon qu’elle soit réalisée à temps partiel ou complet.

La finalité de cette formation est de former un ambulancier responsable, capable d’initiatives et d’anticipation par l’acquisition de huit compétences.

La formation alterne l’enseignement en institut de formation et l’enseignement en stage clinique. Les cours en institut sont assurés par des formateurs permanents et des intervenants extérieurs experts. La formation en stage se fait par compagnonnage.

La formation d’adaptation à l’emploi « ambulancier Smur » permet de postuler ou de valider une affectation dans un Smur. Elle n’est obligatoire que pour les ambulanciers Smur hospitaliers et facultative pour les ambulanciers privés dont l’employeur est une société prestataire.

Au total, ces formations sont organisées pour être professionnalisantes. Cependant, nous observons qu’elles se déroulent de façon cloisonnée : actuellement, rares sont les instituts de formations et les facultés proposant des formations communes aux différents professionnels qui travailleront ensemble.

### Et les compétences non techniques ?

Les compétences non techniques sont définies selon Flin[[11]](#footnote-11) (2010) comme les compétences cognitives, sociales et les ressources personnelles qui complètent les compétences techniques d’une personne et contribuent à la sécurité et à une meilleure efficacité dans l’exécution de la tâche. Elles se décomposent en quatre grands domaines :

* La conscience de la situation.
* La prise de décision.
* Le travail d'équipe et leadership.
* La gestion des tâches (y compris le stress et la fatigue).

Il est à noter que traditionnellement, la formation initiale de chaque professionnel est centrée sur l’acquisition individuelle de savoirs théoriques, procéduraux et techniques. Ainsi, les futurs professionnels ne bénéficient que rarement de temps d’apprentissage interprofessionnel au travail en équipe, visant notamment l’acquisition de compétences non techniques, comme le montre cet extrait d’une communication de F. Lecomte[[12]](#footnote-12) délivrée lors d’un congrès lié à l’anesthésie et la réanimation : « Les CNT représentent une part importante des erreurs médicales. Elles sont peu enseignées en théorie et en pratique, en formation initiale ou en formation continue » (Lecomte, 2016, p 478).

### La compétence collective

Selon J. Leplat[[13]](#footnote-13) (2000) « La compétence collective diffère de la somme des compétences individuelles qui la composent ».

Pour Le Boterf : « La compétence des équipes ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle dépend largement de la qualité des interactions qui s’établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l’expérience, l’épreuve du réel et l’entraînement collectif » (Le Boterf, 1998, p 112-124).

Pour Guilhon et Trepo (2000), la compétence collective est composée des produits de l’interaction des individus de même métier ou de métiers différents (voire des interactions conflictuelles). Elle n’est pas spontanée ni instantanée car il faut laisser aux membres d’une équipe le temps d’apprendre à se connaître et à agir ou à penser ensemble.

Nous pouvons dire que la compétence collective est le résultat des interactions entre les individus et de la synergie existant entre les compétences individuelles. Elle se construit dans l’expérience du travail en commun.

## La collaboration en équipe interprofessionnelle

Après avoir approfondi le concept de compétence, qu’elle soit professionnelle, individuelle ou collective, nous allons maintenant tenter de comprendre comment des individus compétents par leur formation et leur expérience parviennent à travailler ensemble car le fonctionnement d’une équipe est à la base de notre questionnement.

Lorsque les membres d’équipe Smur intervient auprès d’un patient, ils agissent ensemble pour le soigner au mieux. La qualité de leur travail dépend de l’articulation de leurs compétences. Pour mieux comprendre ce qu’est la collaboration interprofessionnelle, nous allons étudier les termes d’équipe, de collaboration et interprofessionnalité. Puis nous verrons les facteurs y contribuant, les avantages à collaborer mais aussi les types de conflits pouvant se rencontrer au sein d’une équipe.

### Une équipe interprofessionnelle ?

**L’équipe**

Ce terme lié à notre questionnement est davantage connu et compris dans le contexte du sport néanmoins, le travail en équipe est plébiscité dans de nombreux milieux. Nous allons explorer ce terme afin de mieux cerner l’étendue de son sens dans le monde du travail en général.

« Dans la catégorie des groupes primaires, l’équipe est une variété originale, qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles de face-à-face, une caractéristique supplémentaire : celle de la convergence des efforts pour l’exécution d’une tâche qui sera œuvre commune » (Mucchielli[[14]](#footnote-14), 2016, p 17).

Pour le professeur Robert Lafon[[15]](#footnote-15) : « L’équipe n’est pas une addition d’êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, une interdépendance consentie, où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. C’est un engagement, une communauté d’action, ce qui ne veut pas dire identité d’action mais plutôt complémentarité d’action » (Lafon cité par Mucchielli, 2016, p 13).

Ainsi, une équipe est constituée d’individus liés par des interactions interpersonnelles qui peuvent évoluer : ils sont interdépendants, ils font preuve de cohésion, de complémentarité et d’efforts partagés pour aller vers un but commun.

**La collaboration**

Selon le CNRTL, collaborer provient du bas latin collaborare, co signifiant avec et laborare travailler. Collaborer c’est donc travailler avec. Le dictionnaire Larousse nuance cette idée car selon lui, collaborer signifie : « travailler de concert avec quelqu’un d’autre, l’aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune ».

Selon Mucchielli (2016) la collaboration nécessite de réunir plusieurs conditions :

* Une communication interpersonnelle sans obstacle permettant aussi l’expression des désaccords.
* La non mise en question de la participation affective du groupe.
* L’entraide en cas de difficultés et la suppléance d’un membre défaillant.
* La connaissance à priori des aptitudes et réaction des autres par chacun.
* La répartition du travail après l’élaboration en commun des objectifs.
* L’acceptation d’une autorité de coordination et de contrôle.

Nous percevons que collaborer n’est pas seulement travailler avec mais travailler ensemble. Les collaborateurs communiquent entre eux, s’entraident et se connaissent. Le travail se fait sous le contrôle d’un leader légitime qui répartit les tâches dans le but d’atteindre un objectif commun.

**La collaboration interprofessionnelle**

Les professionnels de la santé sont de plus en plus appelés à travailler ensemble afin de répondre aux besoins des patients que ce soit dans les établissements de soins hospitaliers comme en médecine de ville.

La collaboration interprofessionnelle peut être considérée « comme le lieu de structuration d’une action collective qui réunit des membres d’au moins deux groupes professionnels autour d’un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d’intervention et d’apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe » (Robidoux[[16]](#footnote-16), 2007, p 12).

Lorsque plusieurs professions travaillent de concert, les expertises sont partagées et les contours des champs professionnels peuvent alors être plus flous. Nolan (1995) en fait d’ailleurs une caractéristique de l’interprofessionnalité : « celle-ci bien que ne niant pas l’importance de compétences spécifiques, tend à brouiller les territoires professionnels et requièrent confiance, tolérance et volonté à partager la responsabilité ». (Cité par M. Robidoux, 2007, p 15).

L’Organisation mondiale de la santé[[17]](#footnote-17) (2010) définit l’interprofessionnalité en mentionnant son aspect pédagogique : elle est un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d’au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d’une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé.

Ainsi une équipe interprofessionnelle collaborative possède des caractéristiques supplémentaires par rapport à une équipe composée de professionnels de même métier : les membres de cette équipe apprennent les uns des autres, partage leurs connaissances et doivent apprendre à travailler ensemble pour être efficace.

### Les facteurs de collaboration

F. Policard[[18]](#footnote-18) affirme que « La collaboration interprofessionnelle suppose la connaissance du champ de pratiques de l’autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives ». (Policard, 2014, p 35)

Michèle Kosremelli Asmar et Frédéric Wacheux (2007) lors de la conférence intitulée « Journée Internationale de Management » classent les facteurs de la collaboration interprofessionnelle en trois catégories : les facteurs interactionnels, les facteurs organisationnels et les facteurs macro structurels.

Selon les auteurs de cette conférence, les facteurs interactionnels sont la confiance, la communication et le respect. La confiance mutuelle dépend des compétences, des aptitudes et des connaissances. La communication joue le rôle de vecteur notamment pour le respect mutuel. Lerespect implique que les membres de l’équipe reconnaissent et comprennent la complémentarité de l’expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance.

La confiance, comme le confirme Mucchielli (2016) nécessite avant tout d’avoir bien travaillé ensemble et de préciser qu’il faut que ces expériences de travail partagé soient positives et que chacun reconnaisse la valeur et la compétence de l’autre.

De plus, plus ou mieux le partenaire est connu, plus ses actions peuvent être anticipées correctement. (Apfelbaum[[19]](#footnote-19), 1967).

Les facteurs organisationnels influencent la collaboration entre professionnels. Toujours selon ces mêmes auteurs, une organisation moins pyramidale (hiérarchique) favorise la collaboration ce à quoi il faut ajouter l’existence de valeurs au sein de la structure comme l’équité, l’interdépendance et la liberté d’expression sans oublier la capacité des dirigeants à favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Enfin examinons les facteurs macro structurels. Les professionnels du soin ont historiquement bénéficié d’une formation initiale dans des structures différentes. La formation en stage se fait souvent par compagnonnage auprès de professionnels du même corps de métier et par conséquent, les étudiants connaissent peu ou mal les pratiques, les compétences et les valeurs des autres professionnels. Quelques initiatives isolées permettent des formations communes aux médecins et aux infirmiers notamment sous la forme d’ateliers de simulation en santé.

Ces apports permettent de comprendre la prépondérance des interactions interpersonnelles dans la collaboration interprofessionnelle, le rôle des organisations du travail et de la formation initiale. Voyons maintenant quels sont les avantages à collaborer.

### Les avantages

Les avantages pour les professionnels sont pluriels. Nous avons constaté, lors de notre expérience professionnelle, la présence fréquente d’un sentiment de satisfaction et d’accomplissement pour avoir participé à la guérison du patient grâce à l’union, à la complémentarité et à la synergie des différents acteurs. Le travail collaboratif permet aussi d’enrichir les connaissances de chacun.

Un des avantages de la collaboration pour les patients est qu’ils bénéficient de soins plus sûrs et de meilleure qualité. Deux enquêtes menées pour la Direction de la recherche, des études et de l’évaluation et des statistiques (DREES) en 2004 et 2009 ont cherché à connaitre les facteurs d’incidents liés aux soins.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Répartition des facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l’hospitalisation - 2009** | | |
|  |  |  |
| **Facteurs ayant favorisé l’EIG** | **EIG évitables (n=87)** | |
| **Nombre** | **(%)** |
| Défaillance humaine d’un professionnel | 24 | 27,6 |
| Supervision insuffisante des collaborateurs | 23 | 26,4 |
| Mauvaise définition de l’organisation et de la réalisation des tâches | 11 | 12,6 |
| Communication insuffisante entre professionnels | 21 | 24,1 |
| Composition inadéquate des équipes | 14 | 16,1 |
| Défaut de culture qualité | 7 | 8 |
| Enquêtes ENEIS 2004 et 2009, DREES, exploitation CCECQA |  |  |

Nous pouvons observer la prépondérance des défaillances humaines individuelles et/ou collectives dans la survenue des évènements indésirables graves liés aux soins mais aussi celle des facteurs organisationnels ce qui atteste de la nécessité d’une collaboration interprofessionnelle de qualité pour des soins plus sûrs.

### Les limites

Les dysfonctionnements d’équipe permettent un autre éclairage des facteurs nécessaires à la collaboration : de leur absence ou insuffisance peuvent naître difficultés et conflits.

Des tensions entre les acteurs peuvent survenir du fait d’interactions personnelles ou sociales difficiles. Comme le dit Mucchielli (2016), les tensions interpersonnelles, les rivalités ou la soumission statutaire sont destructeurs d’équipe.

Dans l’ouvrage « les conflits relationnels », Dominique Picard et Edmond Marc[[20]](#footnote-20) mentionnent plusieurs facteurs de conflits relationnels : « Et beaucoup de facteurs y mènent : la divergence d’intérêts, de points de vue ou d’opinions ; la défense identitaire, territoriale ou éthique ; le désir de pouvoir, de possession ou de domination… » (Dominique Picard et Edmond Marc, 2012, p 3).

De fait, les équipes Smur se constituent en fonction de la disponibilité des différents acteurs et non par affinité. Cette situation a pour conséquence de faire travailler ensemble des personnes qui s’accordent plus ou moins bien mais qui doivent s’entendre pour effectuer le travail auprès du patient.

Des jeux de pouvoir entre les individus peuvent apparaitre : les connaissances plus étendues de certains peuvent être source de pouvoir pour celui qui les détient. Même si la relation entre les médecins et les infirmiers est fonctionnelle, historiquement les liens qu’ils ont entretenus ont été marqués par la subordination des infirmières comme le montre cet extrait :

« Bourneville[[21]](#footnote-21) veut changer la façon de soigner en donnant une place et une valeur aux soins. Toutefois, il souhaite protéger le pouvoir des médecins et induit aussi une limite des connaissances à donner aux infirmières. Le corps médical prend ses précautions pour avoir des aides efficaces, obéissantes et soumises. La fonction de l’infirmière n’est pas définie par rapport au malade mais en regard au médecin dont elle est l’assistante » (Pierre Jeanguiot, 2006).

Bien que la profession infirmière ait évolué depuis cette époque, les médecins préhospitaliers sont décisionnaires et responsables du déroulement de l’intervention ce qui n’empêche pas les jeux de pouvoir notamment lorsque la personne la plus expérimentée n’est pas le médecin.

Une autre source de conflits au Smur peut être une zone de chevauchement dans la pratique de certains gestes techniques : ils peuvent être réalisées par le médecin comme par l’Iade. L’exemple le plus typique est l’intubation du patient qui met parfois à jour une certaine rivalité entre ces deux protagonistes. Chacun est et s’estime légitime pour accomplir ce geste, il faut cependant décider (souvent rapidement) qui l’effectuera. Lorsque le choix est fait dès le départ en intervention, au regard de son motif qui laisse à supposer que cette technique sera utilisée, il n’y a pas de compétition une fois arrivé sur place. Alors qu’en l’absence de cet accord préalable, le choix de celui qui va intuber peut générer des tensions que nous pourrions voir comme un conflit de compétence.

## La problématique retenue : question de recherche et hypothèse

Après une phase de tâtonnement, nous concevons qu’il est plus pertinent de nous centrer sur relations interpersonnelles entre professionnels car elles sont au cœur de notre questionnement sur le travail d’équipe.

La communication mériterait d’être explorée plus profondément car notre exploration l’a fait apparaitre à plusieurs reprises mais elle est un sujet de recherche à elle seule que nous ne pouvons traiter maintenant en raison du temps imparti. Néanmoins, nous pensons que cette notion sera présente en filigrane tout au long de ce travail.

Notre intuition et notre réflexion nous ont apporté quelques éléments de réponse à la question de départ : comment expliquer qu’une équipe parvient à fonctionner ou pas ? Les premiers résultats de notre exploration montrent le rôle du contexte et de la qualité des relations interpersonnelles dans la collaboration.

Après mûre réflexion, nous comprenons que le cœur de cette recherche se situe sur la nature des relations entre médecins urgentistes et infirmiers anesthésistes dans un service pré hospitalier. Notre question de recherche est ainsi formulée **: « Dans quelle mesure la connaissance réciproque des compétences entre médecins urgentistes et infirmiers anesthésistes facilite-t-elle leur collaboration au sein d'un service mobile d'urgence et de réanimation ? »**

Notre hypothèse, dans l’état actuel de notre réflexion et compte tenu du cadre conceptuel est la suivante :  **la collaboration interprofessionnelle ne va pas toujours de soi, son élaboration dépend de** **la connaissance réciproque des compétences entre les membres de l’équipe.**

Il nous faut maintenant mettre en évidence par des manifestations repérables les dimensions évoquées par les concepts d’interprofessionnalité et de compétences dans le cadre du Smur.

PARTIE II : L’ENQUÊTE DE TERRAIN

Nous avons présenté dans une première partie le sujet de notre recherche et son contexte qui ont conduit à notre questionnement. Celui-ci nous a engagées à des recherches exploratoires sous la forme d’investigations théoriques et d’un entretien exploratoire, ce qui a permis d’élaborer une question de recherche et des hypothèses. Nous allons maintenant aborder l’enquête utilisée. La méthode de recherche sera d’abord présentée puis elle sera suivie des résultats discutés par thématique.

# La préparation de l’enquête

**Les objectifs**

L’enquête a pour objectif de vérifier ou d’infirmer notre hypothèse auprès des professionnels de terrain à notre question de recherche : « Dans quelle mesure la connaissance réciproque des compétences entre médecins urgentistes et infirmiers anesthésistes facilite-t-elle leur collaboration au sein d'un service mobile d'urgence et de réanimation ? »

**La méthode**

L’enquête de terrain vise à recueillir auprès des professionnels concernés par notre problématique des informations issues de leur expérience afin d’observer les interactions interpersonnelles de l’intérieur et non pas du point de vue du chercheur car cela comporte un risque de distorsion du fait de son éventuelle subjectivité. Il est malgré tout bien entendu que les interviewés présentent leur vécu au travers leur propre subjectivité mais c’est justement leur ressentis que nous tenons à connaitre. Nous avons choisi d’utiliser la méthode des entretiens semi-directifs. Nous commencerons par présenter les raisons de ce choix puis le déroulement de l’enquête, de son élaboration à sa réalisation et enfin l’élaboration de la grille d’analyse.

**L’entretien semi-directif**

Confrontée au choix de la méthode de recherche, nous avons choisi la méthode qualitative. Nous avons choisi d’utiliser des entretiens car l’enquête intéresse des professionnels du pré hospitalier pour lesquels des observations en intervention semblent peu appropriées : elles nécessitent d’obtenir l’autorisation des patients qui ne sont pas toujours capables de le faire. De plus, la place dans les véhicules de secours est restreinte.

L’entretien semi-directif nous a semblé approprié puisqu’il permet de recueillir des informations sur les thèmes présents dans notre hypothèse de façon plus ciblée qu’un entretien ouvert grâce à l’utilisation d’un guide d’entretien. De plus, nous savons que leur disponibilité peut être aléatoire donc il s’agit des récupérer des informations rapidement en guidant les professionnels par des questions ouvertes.

**Le guide d’entretien[[22]](#footnote-22)**

Nous avons élaboré ce guide en nous appuyant sur l’ensemble des thèmes à aborder afin de récolter des informations susceptibles de confirmer ou d’infirmer notre hypothèse. Il contient des questions ouvertes avec un double bénéfice : c’est un aide-mémoire qui nous protège des éventuels oublis et qui laisse aux personnes interviewées une grande liberté de parole. Les notions à explorer sont les suivantes :

* La collaboration : nous avons cherché à connaitre leurs conceptions de la collaboration au sein d’une équipe Smur ainsi que leurs avis sur les facteurs favorisant celle-ci afin de confirmer ou d’infirmer le rôle joué par la connaissance des compétences de l’autre dans l’élaboration de la collaboration interprofessionnelle.

D’autre part, nous avons aussi voulu vérifier si la collaboration allait de soi. Nous avons exploré la question de son élaboration, des freins et des dysfonctionnements d’équipe.

* Les compétences : nous avons voulu savoir si chaque professionnel connaissait les compétences des autres et quelle était leur posture quant aux acquis de l’expérience pour les amener à évoquer ensuite le rôle joué par cette connaissance sur la collaboration.
* Le contexte pré hospitalier : nous avons cherché à appréhender les effets du contexte pré hospitalier sur la collaboration à travers ses effets sur les personnes et sur leur travail.

Pour vérifier la pertinence de ce guide d’entretien, nous l’avons testé auprès d’un membre de notre famille qui est aide-soignante en maison de retraite. Même si elle n’est pas professionnelle du pré hospitalier, elle travaille aussi en équipe interprofessionnelle et nous a permis de procéder à des réajustements pour clarifier certaines formulations.

**Le choix du terrain d’enquête**

Étant donné le sujet de recherche, nous avons ciblé les lieux d’enquête sur des Smur qui abritent les acteurs au centre de notre questionnement. Sur les conseils avisés de notre directrice de mémoire, nous avons réparti les entretiens entre deux unités différentes afin de diversifier les points de vue et d’éloigner l’effet de modélisation dû au service.

Par commodité organisationnelle, ces Smur sont situés en Ile-de-France tout sachant que nous avons évité le Samu des Yvelines où nous avons exercé pendant quinze ans dans un souci d’objectivité. Il est cependant à noter que nous avons connu il y a dix-huit ans un des deux services explorés mais avons veillé à ne rencontrer que des personnes inconnues.

Il semblait pertinent de recueillir les témoignages des deux catégories professionnelles concernées par notre objet de recherche de façon à pouvoir croiser l’analyse de leurs dires. Nous avons ainsi enquêté quatre médecins urgentistes et quatre Iade.

**L’organisation**

Une fois le guide d’entretien effectué, nous avons cherché à contacter les responsables des personnels médicaux et non médicaux des lieux où devaient se dérouler les entretiens. Les responsables médicaux ont été très facile à contacter : ce sont les premiers à s’être rendus disponibles pour une conversation téléphonique et ils ont donné leur accord immédiatement. Une fois cet accord obtenu, nous avons contacté les cadres de proximité qui ont souhaité obtenir l’autorisation de leurs supérieurs hiérarchiques avant de donner leur propre accord. Tous ont souhaité connaitre l’objet de notre enquête pour lequel nous sommes restées dans une relative imprécision : « la collaboration entre infirmiers et médecins au Smur ». Le thème n’a pas été révélé aux interviewés pour qu’ils soient les plus spontanés possibles.

**Les limites de l’enquête**

Par définition, l’activité du Smur n’est pas programmée et très aléatoire, ainsi les professionnels présents dans le service et disposés à participer aux entretiens étaient susceptibles de partir en intervention à chaque instant. Cela s’est produit lors du deuxième entretien qui n’a duré que deux minutes ce qui nous a convaincue de procéder à des entretiens dès que possible.

Ainsi plusieurs interviews se sont déroulées le même jour ce qui a laissé peu de temps pour des réajustements. Après avoir constaté que certaines questions semblaient difficiles à comprendre, le fond du questionnement est resté identique mais notre formulation a été modifiée d’un entretien à l’autre pour la rendre plus accessible.

# Le déroulement de l’enquête

Une fois le guide d’entretien construit et l’organisation mise en place, nous allons maintenant nous pencher sur son déroulement concret : les lieux où se sont déroulés les entretiens, l’attitude des enquêtés et l’élaboration de la grille d’analyse.

**Les locaux**

Les entretiens se sont majoritairement déroulés dans des lieux calmes tels des bibliothèques, des salles de réunion ou des bureaux. Deux entretiens ont été interrompus par l’arrivée de personnes ayant besoin des locaux ce qui a impliqué de changer d’emplacement.

**Les enquêtés**

Pour introduire chaque entretien, nous avons présenté le cadre de notre recherche et son thème général. Ensuite, nous avons expliqué que cet entretien serait anonyme, sans jugement et qu’il durerait une heure au maximum. Enfin nous avons sollicité leur accord pour enregistrer la conversation dans un but d’exhaustivité pour l’analyse ultérieure.

Bien qu’un peu sur le qui-vive, car prêts à partir en intervention à chaque instant, les acteurs participant aux entretiens ont pris le temps de développer leurs réponses : nos conversations ont duré en moyenne 44 minutes. L’intégralité des entretiens s’est déroulée sur deux jours consécutifs de présence pour le premier site investigué et sur trois jours consécutifs pour le second site.

**La grille d’analyse**

Dans un premier temps, nous avons transcrit chaque entretien intégralement. Cette transcription écrite a servi de base pour procéder à l’analyse. Pour garantir l’anonymat, tous les prénoms ont été modifiés. Dans un second temps, nous avons dégagé les idées principales de chacun des entretiens. Cela a permis de faire émerger les grands thèmes et des sous-thèmes qui correspondaient à ceux du guide d’entretien. Ces thèmes ont servi de trame pour élaborer la grille d’analyse. Enfin, une fois la grille établie, nous avons élaboré un tableau pour classer les réponses des huit entretiens par thème.

Lors de l’analyse des résultats, nous avons constaté que les réponses ont été différentes en fonction des métiers exercés ce qui explique l’usage fréquent de la comparaison par catégorie professionnelle.

# Les entretiens semi-directifs

Les propos recueillis ont été riches en contenu. Les personnes ont commencé par se présenter puis nous avons échangé autour des trois thèmes principaux : la collaboration, les compétences et le contexte pré hospitalier. La priorité a été donnée au dialogue ce qui a parfois entrainé de nouvelles questions ou bien l’abord dans un ordre des différents thèmes.

## Le profil des interviewés

Pour établir le contact et installer un climat de confiance, nous avons commencé les entretiens par une présentation professionnelle. Nous avons recueilli le témoignage de huit acteurs du pré hospitalier, quatre médecins urgentistes et quatre Iades répartis en deux Smur franciliens, soit deux médecins et deux Iades par Smur. Le tableau qui rassemble les informations liées au profil est consultable en annexe[[23]](#footnote-23). Pour situer par la suite chaque personne interrogée, voici la liste des prénoms (fictifs) et les professions de chacun :

|  |  |
| --- | --- |
| Les médecins | André, Pierre, Marie, Régis |
| Les Iades | Charles, Fanny, Gilia, Guy |

Il en ressort que tous les professionnels sont expérimentés car en moyenne les Iades ont été IDE durant 8 ans, ils sont Iade depuis 7 ans et ont une expérience au Smur de 5 ans. En moyenne, les médecins le sont depuis 26 ans et ont une expérience au Smur de 20 ans.

Les modes d’exercice sont polyvalents pour tous : les médecins alternent principalement entre régulation et transport, mais certains d’entre eux effectuent aussi des rapatriements sanitaires, du conseil en management et travaillent aux urgences. Les Iades alternent principalement entre Smur et bloc opératoire, l’un d’entre eux est formateur et faisant fonction de cadre au Cesu.

La formation des médecins est hétérogène : un médecin est médecin généraliste, les trois autres sont spécialisés en médecine d’urgence avec des formations différentes ce qui confirme les informations données plus en avant. Un seul Iade mentionne une formation supplémentaire en pédagogie.

L’analyse montre aussi que les motivations pour travailler au Smur diffèrent en fonction des catégories professionnelles : chez les Iades, c’est le travail en alternance entre le Smur et le bloc qui semble déterminante dans le sens où elle permet la polyvalence qui entretient les compétences aussi bien dans le domaine de l’urgence que de l’anesthésie. Leur seconde motivation est le travail en équipe. Pour les médecins, les motivations sont toutes différentes puisqu’ils travaillent au Smur par besoin de compétences en médecine d’urgence, par goût, par élimination et par opportunité.

Au total, leur prise de poste s’inscrit dans des parcours professionnels divers et le travail en équipe interprofessionnelle n’est pas le premier motif pour venir travailler au Smur. Une fois installés au Smur, les acteurs y restent plusieurs années ce qui en fait des professionnels expérimentés.

## La collaboration : de l’idéal au réel

Lors des entretiens avec les médecins et les Iades, nous avons cherché à savoir leurs conceptions et leurs vécus du travail en collaboration au Smur pour les amener à dire quels sont les facteurs favorisant la collaboration. Leurs réponses pourront nous renseigner sur le rôle joué par la connaissance mutuelle des compétences dans le travail d’équipe.

### Leurs conceptions de l’équipe

Pour commencer, voyons comment ils définissent une équipe Smur : leurs représentations peuvent-elles se calquer sur ce qu’en disent les auteurs ?

Presque tous, très simplement, commencent par décrire l’équipe par les différents professionnels qui la composent, à savoir un médecin, un infirmier, un ambulancier et des étudiants. Il a fallu une question de relance portant sur l’esprit d’équipe pour que nos interlocuteurs développent leurs réponses.

Les termes employés par l’ensemble des personnes interrogées pour décrire l’équipe évoquent la cohésion, qu’elle soit sociale ou opératoire : une équipe se caractérise par le fait de travailler ensemble. Ils nous ont parlé des interactions personnelles entre eux : le lien qui les unit, leurs sentiments et la façon dont ils communiquent.

Tant pour les médecins que pour les Iades, l’unitéprime au sein d’une équipe. Une unité qui d’ailleurs est présente au travail mais aussi en dehors comme le dit Guy : *« Enfin pour moi, ma vision de l'équipe c'est vraiment une unité, dans l'intervention mais même aussi en dehors ».*

Cette unité est forte : *« Une bonne équipe c’est quand y a une osmose »* (Pierre). Selon eux, l’unité se manifeste par la solidarité et l’entraide qui permettent par exemple de corriger les erreurs de l’autre ou de pallier à une baisse de performance à condition, précise un Iade, de s’intéresser au travail de l’autre.

Seuls les médecins ont mentionné leurs sentiments. Ils nous ont fait part de préférences soit pour des raisons personnelles soit pour des raisons professionnelles, telle la compétence. Plusieurs parlent de leur contentement de décaler[[24]](#footnote-24) avec certains collègues qu’ils apprécient. Les sentiments sont positifs : amitié, confiance, empathie : *« C’est au-delà des amitiés, ou des empathies ou pas, respectives avec les gens avec qui vous êtes amené à tourner qui sont tout à fait aléatoires »* (André).

**La communication** est un élément nécessaire au fonctionnement de l’équipe. Seul un médecin en parle : *« C’est des Iades que j'connais depuis longtemps et avec qui justement on a même plus besoin de se parler pour savoir c'qu'on doit faire en fait »* (Marie).

Son avis est partagé par un Iade qui communique avec le médecin sans parler. Fanny développe son propos sur la communication puisqu’elle considère que les membres de l’équipe doivent se parler avant l’intervention pour une mise au point à propos des limites de chacun, pendant l’intervention par la communication verbale ou non verbale et après l’intervention pour échanger des compliments mais aussi pour effectuer des réajustements en cas d’insatisfaction liée à une difficulté technique ou relationnelle. La communication est plus aisée lorsque les personnes se connaissent : *« Je pense que plus on se connaît plus la communication est facile »* (Fanny).

Parler pour partager des connaissances n’est évoqué qu’une fois par une Iade alors qu’il figure pour les auteurs comme une condition de l’interprofessionnalité.

Les Iades semblent plus sensibilisés à la communication que les médecins, pourtant, la communication est un élément nécessaire au fonctionnement de l’équipe comme le soulignent d’ailleurs les différents auteurs qui ont théorisé sur la collaboration.

La cohésion se manifeste aussi de façon opératoire. Une équipe c’est un groupe qui travaille dans un but commun : l’intérêt du patient. Cette idée est d’ailleurs exprimée par les médecins et les Iades.

Les médecins parlent longuement du rôle de chacun et tout d’abord du leur : dans une équipe, le médecin est le leader. Il dirige les opérations en donnant des directives claires, il fédère et stimule les équipiers mais peut aussi les recadrer en cas de besoin.

Ils partagent leurs conceptions des rôles infirmier et ambulancier : les infirmiers et les ambulanciers sont capables de participer à leur niveau à la prise en charge et d’anticiper leurs demandes. Chacun a sa place même s’ils reconnaissent des glissements de tâches de la part des ambulanciers : *« Le Smur, on aura beau dire c’est euh...un service où y a des glissements de tâches de temps en temps où on a très clairement besoin de solliciter l'ambulancier sur des choses qui sont entre guillemets pas forcément sur le papier »* (marie).

Cette situation est plus ou moins bien acceptée par les infirmiers : *« Y a certains infirmiers qui veulent que tout le travail de l’infirmier ne soit fait que par eux alors que d’autres accepteront que des ambulanciers les aident »* (Pierre).

La seule Iade qui parle des rôles dit qu’il faut savoir rester à sa place :

*« Il faut qu'on puisse s'appuyer les uns sur les autres tout en gardant évidemment sa place et ses compétences perso moi je n’ai pas envie de jouer au médecin et j'ai pas envie de jouer à l'ambulancière parce que je sais pas faire ça »* (Fanny).

Ainsi la répartition des activités est un élément important dans le bon fonctionnement d’une équipe même si cet aspect est une préoccupation plus médicale qu’infirmière.

Les Iades de leur côté parlent davantage de la complémentarité. Travailler ensemble, c’est mettre à profit des compétences et des approches différentes selon les métiers. La complémentarité est facilitée par la connaissance de l’autre : *« On travaille avec tout le monde et on sait comment travaille ...comment travaille untel, comment travaille euh...les autres et puis du coup on se complète »* (Gilia).

Au total, l’équipe est composée de médecins, d’infirmiers et d’ambulanciers qui travaillent ensemble pour atteindre un but commun : soigner le patient. La cohésion est forte entre eux surtout quand les personnes s’apprécient. Les Iade tiennent beaucoup à une communication de qualité. Les médecins se considèrent comme leader d’un groupe où les collaborateurs participent à l’intervention selon leurs capacités. Il veille à la répartition du travail tout en fermant les yeux sur les éventuels glissements de tâche. Le travail est facilité par la complémentarité des professionnels d’autant qu’ils se connaissent bien.

Ces entretiens rejoignent les théories sur l’équipe, en particulier celle de R. Mucchielli (2016) pour qui l’équipe est un groupe avec une cohésion socio-affective dont les efforts convergent pour l’exécution d’une tâche qui sera œuvre commune ».

Les informations recueillies confirment aussi la théorie de la cohésion de groupe définie par Caron (1998) comme « un processus dynamique reflétée par la tendance du groupe à rester uni et lié dans la poursuite de ses objectifs et pour la satisfaction des besoins affectifs des membres ».

Finalement, une équipe : *« c’est une intelligence collective »* (André).

### Les bénéfices de la collaboration

En posant la question des avantages au travail en collaboration, nous avons voulu savoir quels bénéfices les professionnels consultés associaient à ce mode de fonctionnement.

Les avantages dont ils nous ont fait part concernent avant tout les professionnels puisque deux personnes mettent directement en avant les bénéfices pour les patients. Cependant, ils expliquent que collaborer augmente la qualité des soins grâce à un éventail plus large de connaissances et de compétences notamment lorsque le patient est gravement atteint : *« Si le patient est grave il a besoin de trois personnes même si le médecin il sait tout faire y a un moment euh...il sait p'être tout faire mais il a que deux mains et un cerveau »* (Marie). Tous sont d’accord pour juger le travail plus efficace, plus facile, plus organisé et plus rapide lorsqu’il est effectué en équipe.

Quelles que soient leur profession ou leur ancienneté, leurs arguments sont que travailler en équipe permet de s’entraider, par exemple de pouvoir « passer la main » en cas de difficulté sur un geste technique mais aussi de se compléter en palliant les oublis ou les erreurs de l’autre. Être plusieurs, d’après André, peut être une aide à la prise de décision lorsqu’il y a discussion et cette décision est plus pertinente après concertation selon Charles.

Les infirmiers anesthésistes voient dans le travail en équipe l’opportunité de déléguer et de se mobiliser ensemble pour travailler dans le même sens ce qui rejoint leur propre définition de l’équipe.

De leur côté, les médecins sont unanimes pour dire qu’être à trois leur procure un confort de travail et que plus on se connait et plus on sait comment fonctionne l’autre. Pierre, qui a connu le Smur sans infirmier, déclare que par la présence des autres équipiers, il peut davantage se concentrer sur son rôle médical. Marie peut aussi *« se détacher de la technicité pour qu'il y ait de l'humanité aussi dans l'intervention ».*

D’un point de vue plus affectif et social, tous trouvent un intérêt à collaborer. La présence d’autres collègues de confiance créé un environnement de travail sécurisant. En cas d’erreur, il n’y a pas de jugement et la discussion est possible pour s’améliorer.

**La communication** est plus rapide et de qualité. Elle permet de parler de ses difficultés physiques ou professionnelles. Les discussions informelles aident à tisser des liens de confiance voire de complicité qui permettent de comprendre voire d’excuser le comportement parfois rigide du médecin sur intervention : *« On ne discute pas que du travail* *[…] on créé des liens […] de complicité de confiance et de langage aussi, c'est à dire que on sait comment sont les gens à l'extérieur et donc euh parfois quand on est un peu psychorigide ils le prennent pas forcément mal »* (Marie).

Ainsi, après avoir recueilli ces informations, nous pouvons dire que le vécu des soignants rejoint les idées plus théoriques présentées plus avant. La complémentarité permet un travail plus confortable et de meilleure qualité dont le patient est le bénéficiaire. Le groupe est un appui, une aide pour chacun des participants dans les gestes techniques comme dans la prise de décision. Être à plusieurs permet de répartir le travail et de déléguer certaines tâches. La communication est un vecteur de confiance. Cette confiance partagée autorise à parler de ses difficultés car il n’y a pas de jugement. Connaitre l’autre renseigne sur son fonctionnement et peut excuser une attitude qui semblerait autrement difficile à supporter.

### Les facteurs favorisant la collaboration

Les questions posées à ce sujet avaient pour but de vérifier notre hypothèse, à savoir si la connaissance mutuelle des compétences de chacun est bien un facteur de collaboration au sein des équipes Smur et quelle en est son importance.

Le plus grand nombre de réponses concerne les facteurs liés aux compétences, qu’elles soient professionnelles ou sociales.

Les Iade mettent en avant la connaissance des compétences professionnelles de chacun : *« On ne peut pas demander à un ambulancier de faire quelque chose euh… euh… ben qui va le mettre en difficulté, soit parce qu'il en est pas capable, soit parce que ça sort de son champ de compétence. »* (Guy). Selon eux, les expériences antérieures de travail commun permettent aussi de repérer les limites de l’autre.

Un autre aspect important se distingue dans leurs réponses : c’est celui des compétences sociales. Médecins et Iade sont unanimes pour dire qu’il faut être sociable, mieux : il faut une bonne entente, une « alchimie » et s’apprécier. Pour s’apprécier, il faut se connaitre: *« Plus vous vous connaissez plus il est facile de travailler et moins vous vous connaissez et plus les rapports sont compliqués »* (Régis).

**Les échanges** informels au travail ou les activités partagées à l’extérieur contribuent à développer la connaissance de l’autre en tant qu’individu. Les compétences relationnelles misent en avant sont l’ouverture d’esprit, l’humilité, la bienveillance et le respect. S’intéresser au travail de l’autre participe à reconnaitre l’utilité de chacun : *« Ce qui d'autre favorise le travail en équipe c’est justement de montrer qu'on porte de l’attention à tout le monde en fait que tout le monde est utile dans l'équipe »* (Marie). Travailler ensemble sur des projets de service peut aussi être facilitateur.

**L’entraide** est spontanément citée une fois par une Iade : *« Il faut pouvoir compter les uns sur les autres »* (Gilia). Cependant, lorsque je les relance, les réponses sont plus étoffées. Pour les interviewés, l’entraide permet une prise en charge rapide et efficace. De l’avis de tous, l’entraide est permanente : elle est présente pendant les interventions mais aussi après.

Les médecins affirment aider les Iade si elles rencontrent des difficultés au moment d’effectuer des gestes techniques, ce dont une seule d’entre elle a parlé. Les médecins aident aussi les ambulanciers pour le guidage et le brancardage. L’aide est délivrée aux premiers signes de difficulté, parfois un simple regard suffit à la déclencher.

Les médecins et les Iade sont d’accord pour dire que l’entraide peut consister en une discussion lors de prise de décision difficile comme en témoigne ce médecin : *« Ça peut arriver que le médecin hésite à telle ou telle décision et par exemple l’infirmier lui dit c’est peut-être ceci, il peut l’orienter ou le conforter dans sa décision par son expérience »* (Pierre).

Ce que confirme l’Iade : *« La discussion pour prendre une décision thérapeutique, une orientation […] qu'on peut avoir aussi sur des décisions comme un LATA[[25]](#footnote-25) ou des choses comme ça hein ...c'est quand même sensé être fait en équipe quoi ! »* (Charles).

Un médecin dit aussi que l’Iade l’aide quand elle lui suggère des traitements à administrer lorsqu’il a oublié de les prescrire.

Un autre aspect semble important pour les Iade : c’est l’aide des médecins en dehors des interventions par exemple au moment de la vérification et de la réfection du matériel.

Non loin de l’entraide sont les conseils. La majorité des acteurs, quelle que soit leur ancienneté et toutes catégories professionnelles confondues, fait preuve d’humilité et pense que les conseils sont toujours les bienvenus. Tous soulignent l’intérêt d’écouter les conseils d’autant plus que celui qui les prodigue est digne de confiance grâce à son expertise : *« Pour tenir compte des conseils ça va avec la confiance qu'on a [...] après je reconnais l'expertise de certains en fonction de certains domaines »* (Charles).

Cependant, même s’ils écoutent les conseils, ils gardent presque tous leur sens critique : comme Régis :*« J'écoute ce qu'on me dit. Après j'en tiens plus ou moins compte »* ou Fanny : « *Je vais les considérer, après y a des fois je vais les prendre et d'autres je vais y réfléchir*». Tout en veillant à ménager celui qui conseille : « *J’dis pas : tu dis que des conneries… je dis : là non ça ne serait pas une bonne chose à faire*» (Pierre). Le même médecin reconnait que les conseils sont précieux en cas de doute sur une prise de décision médicale : « *L’aide par les conseils qu’il faut savoir écouter après le médecin y faut pas qu’il pense systématiquement que y’a que lui qui sait ».* Un autre médecin préfère l’Iade qui lui fait remarquer ses erreurs, ce qui lui permet de réfléchir et de se reprendre, à celle qui ne dit rien et le laisse potentiellement commettre une faute.

Au total, les conseils qui circulent entre les différents membres d’une équipe signent son bon fonctionnement même s’ils peuvent être interprétés comme la manifestation d’un doute sur les capacités de l’autre ou au contraire comme la volonté d’aider son collègue.

**La confiance** nait d’avoir travaillé bien et souvent avec ses collègues pour la quasi-totalité des répondants. Un seul médecin accorde sa confiance de principe grâce au diplôme de l’équipier. Des gestes sûrs et une expertise inspirent confiance. Travailler avec quelqu’un permet de connaitre sa façon de faire mais aussi sa façon d’être comme l’illustre ce propos de Pierre :

*« C’est au fil des interventions qu’on fait avec eux, on se dira oui bon, il est sympathique mais euh…il n’est pas terrible-terrible sur intervention et inversement d’autres qui […] où on a pas d’atomes crochus mais sur intervention il est quand même bien efficace ».*

Faire confiance permet un fonctionnement fluide et serein de l’équipe et ainsi améliore la qualité du travail qui devient plus simple et plus rapide. En effet, lorsqu’il y a confiance, l’Iade délègue des tâches à l’ambulancier et les médecins s’autorisent du recul (physique ou mental) en exerçant un contrôle modéré.

En revanche en cas de problèmes de comportement ou de compétence, la méfiance s’installe. Par exemple, un nouvel arrivant trop sûr de lui et un comportement trop individualiste n’inspirent pas confiance. Travailler dans un climat dénué de confiance entraine du stress, moins de délégation, un excès de contrôle, de l’individualisme, une absence de dialogue et des jugements de valeur. L’ensemble de ces facteurs impacte le travail qui est moins bien fait.

La confiance est donc bien un facteur de collaboration au sein d’une équipe. Elle nait du partage d’expérience de travail positives comme le pense Mucchielli.

**La communication** est un facteur de collaboration fréquemment cité par les Iade, ils la juge essentielle au fonctionnement de l’équipe : *« C 'est la communication, c'est le principal moteur...vecteur entre nous trois finalement »* (Gilia). Ce que confirme Guy : *« Y a déjà numéro un, je dirais la communication. Il faut savoir communiquer entre nous ».* Il précise qu’il faut savoir écouter l’autre et se parler pendant et après l’intervention notamment en situation dégradée comme lors des attentats de Paris. Aucun médecin n’a parlé de la communication comme facteur contribuant au travail d’équipe alors qu’elle est, en théorie, d’importance pour son bon fonctionnement.

Les facteurs liés au **rôle** de chacun sont majoritairement évoqués par les médecins. Un d’entre eux dit qu’il ne doit pas y avoir de primauté médicale, les autres insistent sur le fait que chacun doit connaitre son rôle et la fonction de chacun : *« C'est une parfaite connaissance des matériels, très bonne connaissance du rôle et de la fonction de chacun »* (Régis). Même si le travail de chacun est déterminé d’avance par son métier, le partage des tâches est le bienvenu quand il s’agit de vérifier, recharger, porter et nettoyer le matériel.

**L’expérience** en tant que telle est peu évoquée comme facilitateur de collaboration. Elle est plutôt perçue comme un paramètre à considérer pour adapter son approche à l’autre. Elle est aussi une ressource pour les débutants qui leur permet d’acquérir de nouveaux savoirs par compagnonnage, ce qui rejoint le point de vue de certains auteurs qui considèrent la collaboration interprofessionnelle comme une source d’enrichissement mutuel.

Enfin, partager des valeurs communes et prioriser l’intérêt du patient avant tout sont juste cités sans développement ce qui peut sembler étonnant au regard des théories sur la collaboration.

Au total, nous pouvons confirmer une partie de notre hypothèse car les témoignages rejoignent les théories sur la collaboration interprofessionnelle : la connaissance mutuelle des compétences professionnelles et sociales de chacun est un facteur prépondérant dans le travail d’équipe au Smur. D’autres facteurs interviennent également mais ne sont pas aussi dominants : l’entraide, qu’elle se manifeste par des gestes ou des paroles lors de gestes techniques ou lors de prise de décision. La connaissance de l’autre en tant qu’individu améliore les rapports sociaux. Elle peut se faire au travail ou en dehors lors de moments conviviaux. La confiance lorsque l’on a déjà travaillé avec son coéquipier et que l’on connait ses compétences sociales ou professionnelles intervient aussi. La communication importe aux Iade avant, pendant et après les interventions. Enfin, la juste répartition des tâches en fonction des rôles et de l’expérience de chacun contribue à la collaboration.

### L’apprentissage de la collaboration

La première partie de notre hypothèse est que la collaboration de va pas toujours de soi dans le sens où elle n’est innée, qu’elle demande un apprentissage. Les questions relatives à l’acquisition du « savoir travailler ensemble » ont pour but de vérifier cette idée.

De l’avis général, il n’est pas inné, pas naturel : il s’apprend. Tous sont d’accord pour dire que cet apprentissage ne se fait pas en formation initiale, tel ce médecin : «*C'est pas appris à l'école hein c'est pas des chosent qui s'apprennent dans les bouquins »* (Marie) ou cette Iade : « *Moi je dirais pas du tout sur les bancs de l'école mais alors pas du tout*» (Fanny).

Unanimement, l’apprentissage de la collaboration se fait par l’expérience professionnelle. Au Smur, il s’acquiert au fil des interventions par exemple en apprenant de ses erreurs et en débriefant. Il se fait aussi grâce à l’expérience tirée de ses emplois antérieurs : en réanimation ou au bloc opératoire avec les MAR : *« Au bloc on est vraiment plus avec la médecin anesthésiste on travaille quand même plus en équipe, c'qu'on ne retrouve plus au Smur »* (Charles).

De façon plus modeste, la vie personnelle peut apprendre l’esprit d’équipe : la vie de famille, le sport et les activités associatives : *« La formation des secouristes en France elle est faite aussi sur le travail d’équipe »* (Charles).

Enfin quelques-uns font la remarque que l’apprentissage du travail collaboratif dépend de la personnalité des individus comme le dit Marie : *« J'pense qu'il y a aussi des choses qui sont de notre personnalité inhérente, y a des gens qui aiment plutôt travailler en solitaire et d'autres qui aiment plutôt travailler en équipe ».* Les personnes doivent être capables de savoir communiquer et de savoir s’adapter.

La simulation en santé n’est pas spontanément évoquée et quand elle l’est : *« C’est toujours utile, la simulation […] mais bon, grosso modo, ça change pas le rôle de chacun euh…c’est pas que du théâtre enfin on fait comme si c’était du vrai quoi ! »* (André), son rôle ne semble pas majeur.

En somme, la collaboration ne semble pas aller de soi, elle nécessite un apprentissage qui peut être effectué au cours de sa vie personnelle lors d’activités de groupe ou bien au cours de sa vie professionnelle en exploitant les connaissances acquises de son expérience du travail collectif. Ces données confirment la pensée de M. Robidoux pour qui collaborer en équipe interprofessionnelle nécessite un apprentissage.

### Les freins à la collaboration interprofessionnelle

Partant de l’idée que la collaboration ne va pas toujours de soi, il est nécessaire d’entendre l’avis des acteurs du Smur sur ce qui gêne le travail en équipe pour vérifier la véracité de cette supposition.

La répartition des réponses est intéressante à analyser : les Iade se plaignent de leurs relations conflictuelles avec le médecin urgentiste ce que reconnaissent deux d’entre eux. Les raisons sont multiples : tout d’abord elles proviennent de leur désaccord sur une prise en charge ou sur la sédation[[26]](#footnote-26) du patient notamment si la discussion ou la concertation sont inexistantes et du dénigrement de l’Iade par le médecin qui considère l’Iade comme une exécutante dont la réflexion est superflue comme le dit cette Iade : *«* *Je l'ai très mal vécu j'ai eu des médecins qui me disaient mais tu réfléchis pas, tu fais juste ce que je dis et ça pour moi ça n'est pas un travail d'équipe »* (Fanny).

De leur côté, les médecins déplorent une mésentente entre les membres de l’équipe qu’ils expliquent par des inimitiés, l’absence d’affinités et leur propre caractère : *« choisir d'être urgentiste c'est quand même une personnalité euh...particulière et on a tous des personnalités plus ou moins fortes »* (Marie).Les Iades vont encore plus loin en parlant de manque d’humilité, d’absence de remise en question, d’individualisme voire d’ego centrisme.

**Les problèmes de communication** comme son absence ou son insuffisance sont exclusivement signalés par les Iade. Ils déplorent de ne pouvoir exprimer leurs idées ou de ne pas être écoutés.

La méconnaissance du caractère de l’autre et le manque de motivation sont tout juste évoqués.

Un autre frein à la collaboration est mentionné par les Iade : les médecins semblent méconnaitre les connaissances, les capacités et le champ de compétence des Iade. Charles explique qu’en cas de difficultés à l’intubation, le protocole de service prévoit de faire déplacer un médecin en renfort. Il est à noter que dans ce Smur, l’équipe peut être pourvue d’un IDE ou d’un Iade ce qui peut justifier le renfort médical prévu par le protocole d’intubation difficile car l’Ide n’a pas le droit d’intuber. Fanny témoigne aussi de l’ignorance des médecins pour leurs savoirs :

*« Ce qui peut freiner : je pense le manque de connaissance de compétences de l'autre. Je m’explique : je me suis retrouvée déjà avec des médecins, c'est souvent les urgentistes, qui ne savent pas ce que je suis capable de faire. Ils savent que je suis infirmière anesthésiste mais ils ne savent pas ce que je fais, ce que je suis capable de faire quand je suis au bloc opératoire et ils savent pas en fait ce qu'on apprend à l'école Iade »* (Fanny).

En toute logique, les freins à la collaboration détectés par les professionnels s’inscrivent en creux des facteurs favorisants celle-ci. Les données récoltées confirment non seulement notre idée que la collaboration de va pas toujours de soi mais aussi que la connaissance mutuelle des compétences de l’autre favorise la collaboration entre Iade et médecin urgentiste puisque la quasi-totalité des Iade citent en frein à la collaboration la méconnaissance de leurs compétences par les médecins urgentistes.

### Les dysfonctionnements d’équipe

Nous cherchons maintenant vérifier notre supposition que l’équipe ne fonctionne pas toujours bien et allons voir si c’est le cas et comment les smuristes l’expliquent.

À l’unanimité, il existe des problèmes d’équipe et chacun les interprète à sa façon.

Les médecins et les Iade évoquent la personnalité de chacun qui peut donner lieu à des tensions et à des disputes. Les « fortes personnalités » peuvent être exacerbées par la fatigue amenant à être involontairement blessant dans ses propos, agressif ou impatient (Régis). La mauvaise humeur des *« jours sans »* (Guy), les incompatibilités d’humeur, les affinités personnelles, les problèmes personnels ont des répercussions sur le travail d’équipe.

Les Iade expriment une autre difficulté : celle de ne pas être d’accord avec le médecin sur une prise en charge, même s’ils font preuve d’un certain recul par rapport à son autorité : *« On peut être pas forcement d'accord, après bon le médecin c'est le… c'est lui qui est responsable de l'intervention il prend ses responsabilités »* (Charles).

Selon les médecins, le leadership, la répartition des tâches et les rôles de chacun peuvent être à l’origine de problèmes d’équipe. Ils notent qu’il n’y a pas de souci si le médecin dirige l’intervention et que chacun reste à sa place. Selon Marie, avoir trop d’étudiants à former aux gestes d’urgence en intervention pose un problème s’il n’y a pas eu une répartition des apprentissages en amont de l’intervention.

Cependant, l’attitude du médecin compte aussi : une Iade, Fanny, affirme que les médecins de l’ancienne génération les considèrent juste comme des exécutantes alors que pour les médecins plus jeunes, elle fait partie de l’équipe et bénéficie de plus de considération.

De l’avis des médecins et des Iades, la répartition des tâches entre ambulanciers et Iade peut être source de conflits.

Pour un Iade, la participation du médecin à la réfection du matériel serait un « plus » à la collaboration mais une fois l’intervention terminée ils remontent dans leurs bureaux sans les aider.

Le manque derespect et des paroles incorrectes de la part les médecins sont signalés par un Iade comme des éléments qui compliquent le travail collaboratif ainsi qu’une difficulté d’un membre de l’équipe non verbalisée et découverte fortuitement. L’abus de pouvoir médical est décrit par un Iade lors de son arrivée au Smur : il s’est manifesté par une sorte de test de passage, lors d’une de ses premières interventions, et a été poussé jusqu’à sa mise en difficulté.

Nous remarquons que les problèmes d’équipes sont surtout dus aux tensions interpersonnelles comme le précise Mucchielli mais aussi, dans une moindre mesure, au leadership quand il contraint à la soumission et enfin à la place et au rôle accordés à chacun. La méconnaissance des compétences de l’autre n’intervient que peu. Néanmoins ces témoignages confirment que l’équipe ne fonctionne pas toujours bien.

## Les compétences

Nous avons enquêté pour savoir si les médecins et les Iades connaissent les compétences les uns des autres, tiennent compte des savoirs issus de l’expérience et enfin ce qu’entraine de connaitre les compétences de l’autre. Ces questions interrogent indirectement les professionnels sur le sujet de la connaissance mutuelle des compétences et de ses effets sur la collaboration.

### La connaissance mutuelle des compétences

Cette question a pour but d’objectiver la connaissance des compétences que chacun possède de l’autre.

Cinq professionnels, dont quatre médecins, citent les compétences de l’autre métier. Ces médecins ont surtout évoqué des savoir-être : être motivé, anticiper, être adaptable, comprendre la situation, être rigoureux. Le savoir-faire apparait deux fois : les compétences techniques avec l’exemple de la pose de perfusion et la *« capacité de manipuler les drogues d’anesthésie des Iade »* (Régis).

Deux Iade parlent des compétences de façon globale, sans distinction de métier. Charles le résume ainsi : *« Il faut de la compétence technique de toute façon et procédurale et il faut du comportemental […] et ensuite être capable de les appliquer dans des situations qui soient inhabituelles […] aussi bien au niveau du médecin que de toute l'équipe ».* Les compétences sont à l’œuvre quand le professionnel est capable de s’adapter aux situations. La motivation est à nouveau citée, cette fois-ci par Fanny dans le sens où il faut être motivé pour être capable d’accepter les critiques. Par deux fois il est question de savoir mobiliser ses connaissances à bon escient, ce qui est la définition même de la compétence.

Un Iade, Guy, n’a évoqué qu’une compétence pour sa profession : l’adaptabilité. Pour lui il faut être adaptable, c’est le plus important : *« Si on n'est pas capable de s'adapter parce qu'on n'a pas envie ou parce qu’on ne sait pas s'adapter ben on n'a rien à faire au Smur ! ».*

Un Iade, Gilia, a distingué dans sa réponse les compétences médicales des compétences infirmières. Gilia commence par citer des compétences Iade avec beaucoup d’hésitations :

*« Alors...on va faire...infirmière... je pense... bon l'efficacité au niveau technique... un bon sens de l'observation et puis euh... un bon sens clinique aussi et puis être assez souple je veux dire au niveau caractère…adaptable ».*

Puis elle énonce plusieurs compétences médicales : un bon sens clinique, sens le d’observation, le diagnostic, mais *« après je ne vais pas revenir sur les compétences médicales […] c’est la moitié du boulot mais je pense que le reste vraiment passe dans les compétences humaines de communication et de s'adapter et de pouvoir travailler en équipe ».*

Nous remarquons que des compétences sont communes au médecin et à l’Iade : le sens de l’observation, le sens clinique et être adaptable. Ce qui distingue le médecin de l’Iade c’est le diagnostic que Gilia attribue au médecin et *« l’efficacité au niveau technique »* pour l’Iade.

Quand les médecins parlent de leurs propres compétences, la moitié d’entre eux dit qu’ils doivent savoir donner des directives. Elles doivent être précises même en cas de difficulté : *« Le médecin, il faut qu’il soit …faut pas montrer qu’il merdouille même s’il merdouille dans sa tête mais faut pas qu’il le montre et il faut qu’il soit clair dans ses directives »* (Pierre). Et il faut savoir comment les dire : *« Être capable d'être directif quand il faut l’être, sans être agressif »* (Marie). Le savoir-être est encore exprimé quand Pierre dit : *« rester toujours maître de soi…et même s’il est stressé, comme ça arrive à tout le monde, de pas le montrer ».* Les autres termes utilisés sont : tolérance, humilité, anticipation, persévérance. Faire le bon diagnostic n’est dit qu’une fois par un médecin.

Pour faire la synthèse des termes employés pour désigner les compétences et leur ordre d’importance, nous avons créé un nuage de mots ; plus le mot est cité, plus il prend de place.



En fait, nous nous apercevons que les compétences citées par la majorité de professionnels s’inscrivent autant dans domaine du savoir-être que du savoir-faire. Il est important pour tous d’être adaptable. Médecins comme Iade parlent peu des compétences cliniques et techniques figurant dans les référentiels métier. Nous pouvons l’analyser ainsi : posséder un diplôme atteste des compétences requises ; considérées comme acquises, elles vont de soi et ne sont pas remises en question.

### Les acquis de l’expérience

Puisque la compétence est un agir en mobilisant différents savoirs, nous avons voulu connaitre la valeur contributive des savoirs expérientiels dans le travail d’équipe.

Tous s’accordent à dire que ces savoirs ont une valeur importante mais sous conditions. Il faut d’abord une formation de base qui nécessite d’être alimentée par une démarche réflexive et aussi d’être actualisée. Dans le cas contraire, l’expérience peut mener à la routine et à l’excès de confiance qui ne permet pas l’autocritique et risque de conduire à l’incompétence.

L’expérience permet d’augmenter les compétences individuelles et d’améliorer son travail. Le seul aspect collectif de l’expérience a été exprimé par un médecin et un Iade sous l’angle du partage des connaissances : *« Les Iade vont nous transmettre des compétences énormes quand on est médecin urgentiste et pas de formation anesthésiste. Mais de la même façon les médecins urgentistes vont apporter des choses aux infirmières anesthésistes »* (Marie).

Ainsi, reconnaitre et partager les savoirs issus de l’expérience permet aux membres de l’équipe d’augmenter leurs connaissances et d’améliorer les prises en charge.

### À quoi sert de connaitre les compétences de ses équipiers ?

Essayons de savoir si connaitre les compétences des autres membres de l’équipe favorise la collaboration.

Médecins et Iade expliquent qu’identifier les compétences des collaborateurs permet une juste répartition des tâches : *« Il faut aussi savoir quoi demander, à qui le demander et comment le demander »* (Guy).

Connaitre les capacités d’autrui autorise à le solliciter de façon adaptée pour effectuer une tâche et cette participation est considérée comme un appui pour le demandeur.

Cela permet de mobiliser les savoirs à bon escient : par exemple, le médecin qui connait les compétences des Iade pour manipuler les drogues d’anesthésie craint moins de les utiliser pour sédater un patient.

De plus, la présence d’une Iade rassure le médecin au moment d’une intubation : *« Elle savait donc ma compétence, c'est pour ça qu'elle m'a demandé en deuxième main, de reprendre la main derrière elle au cas où »* (Gilia) comme lors d’une prise en charge compliquée : *« Je pense que ça aide, ça rassure et des fois oui ça conforte dans le… pas dans le diagnostic mais dans la prise en charge »* (Gilia).

Ensuite, savoir quelles sont les compétences à disposition rend possible la délégation. Certains médecins urgentistes s’appuient entièrement sur l’Iade pour gérer l’analgésie et la sédation. Parfois, lorsque l’Iade n’est pas présente dans l’équipe, le médecin sollicite l’ambulancier expérimenté pour effectuer des gestes infirmiers à condition qu’il sache les faire ; il arrive même qu’il forme les nouveaux, par exemple à poser une perfusion, dans l’éventualité de l’absence d’Iade : *« Qu'on puisse leur glisser cette tâche même si c'est pas forcément validé par au-dessus, de temps en temps c'est pour le malade, c'est mieux »* (Marie). Quand Gilia ne parvient pas à perfuser le patient, c’est l’ambulancier qui le fait : *« Des fois c'est pas forcément le médecin, c'est ambulancier qui va mettre le garrot et puis en voir une[[27]](#footnote-27) […] t'en vois une tu fais, t'y arrives parfait ! Moi … le principal c'est d'avoir une perfusion enfin une voie qui fonctionne ».*

Déléguer aboutit quelquefois au glissement de tâcheet tous en sont conscients. Les médecins délèguent aux infirmiers et aux ambulanciers en sachant qu’ils sont responsables de l’intervention. Cet exemple est représentatif du « bénéfice/risque » de l’acte de déléguer : un médecin témoigne de son expérience de délégation à un infirmier pompier qu’il a laissé gérer seul plusieurs patients car ils étaient en présence de nombreuses victimes lors d’un incendie. Il s’est félicité de cette répartition des tâches car l’autonomie et la compétence de l’infirmier lui ont permis de prendre du recul pour compter et de répertorier l’ensemble des victimes[[28]](#footnote-28). Néanmoins, *« il faut juste que le médecin accepte que quand l'infirmier, intube, perfuse, rempli le patient euh... à la fin la responsabilité devant le juge c'est la sienne ce n’est pas celle de l'infirmier »* (Régis).

Un Iade voit d’autres dangers dans la délégation : *« Il y a des glissements de tâches qui vont se faire sans être tracées, il y a des choses qui ne vont pas se faire parce que... pensant que l'autre l'a fait […] puis aussi euh... bien maîtriser ça et puis pas se le faire grignoter… et du coup pas être fait ou mal fait »* (Guy). Mal gérée, la délégation peut donc aboutir à une diminution de la qualité du travail voire à la crainte de se faire usurper ses missions.

Finalement les compétences, lorsqu’elles sont connues de tous, permettent d’optimiser le travail d’équipe en adaptant les missions de chacun en fonction de leurs capacités. Déléguer et répartir les tâches aide à gagner du temps, ce qui peut être crucial dans un contexte d’urgence. Le médecin, lorsqu’il a confié la réalisation des gestes techniques aux membres de son équipe, peut prendre du recul pour un temps de réflexion nécessaire à la suite de la prise en charge.

L’analyse des propos relatifs aux compétences confirme notre hypothèse : la connaissance mutuelle des compétences de chacun favorise la collaboration au sein d’une équipe Smur.

## Le contexte pré hospitalier

Nous pensons que la collaboration entre smuristes[[29]](#footnote-29) ne va pas toujours de soi. Du fait des particularités du contexte pré hospitalier, nous avons cherché à objectiver ses effets eux et sur leur travail donc sur leur collaboration. Cependant, le terme de contexte n’a pas été bien compris lors des premiers entretiens et a nécessité de nombreuses relances. Comme les premières personnes interrogées ont spontanément parlé du stress quand nous leur avons posé la question du contexte, nous avons alors réajusté la question pour les entretiens suivants afin d’identifier le rôle du stress sur la collaboration.

### Les sources de stress

Elles sont multiples, nous allons les présenter par ordre d’importance en fonction de la fréquence à laquelle elles ont été citées.

**Le patient et son entourage** soumettent les Iade et les médecins à une pression directe. Le comportement de la famille peut générer une tension : *« C’est le père du professeur Machepro qu’est sur place… qui va nous foutre une pression pas possible »* (Pierre). Une pression psychologique lorsque les témoins sont dangereux et compromettent la sécurité de l’équipe : *« Quelqu'un qui était violent qui avait des armes* *et les policiers n'étaient pas encore là »* (Fanny).

**Les partenaires et collègues de travail** sont la deuxième cause de stress au travail. Un médecin dit que les sapeurs-pompiers, quand ils sont de mauvaise humeur, peuvent être stressants pour l’équipe Smur alors qu’un Iade stresse lorsqu’ils sont absents. Un médecin reconnait être une source de stress lorsqu’il est fatigué car il est plus *« speed »* (Marie), ce que reconnaissent plusieurs Iade qui désignent les médecins comme source de stress ainsi que certains collègues : *« Je me sentais stressée par le médecin pas par l'intervention »* (Fanny).

**Le motif de l’intervention** est une préoccupation surtout médicale. La prise en charge d’une urgence vitale peut mettre sous pression notamment lorsque ce sont des interventions auxquelles les médecins sont peu habitués. Les exemples les plus cités sont les accouchements, les bébés, et les enfants en général. La traumatologie[[30]](#footnote-30) les angoisse aussi ce qui peut s’expliquer par leur manque d’entrainement dû à la part grandissante des interventions « médicales » et à la raréfaction des sorties Smur pour les accidents de la voie publique comme le dit Marie : *« Il y a de moins en moins de traumato, il y a de moins en moins à techniquer ».* Une autre source de stress est de partir sur un évènement de grande ampleur par le nombre de victimes et/ou par sa dangerosité comme un attentat par exemple.

**Les lieux** compliquent les conditions d’exercice des Iades, ainsi travailler dans l’inconfort ou en zone non sécurisée est source de stress. Pour l’inconfort, ils se plaignent de l’exiguïté des lieux, de l’obscurité et des conditions climatiques : *« Ça va être des conditions compliquées c'est-à-dire est-ce que c'est coincé sous l'escalier, est-ce que c'est dans le noir, dans une petite pièce où y'a pas de place »* (Gilia).  Pour l’insécurité, ils expliquent être perturbés par le travail au bord d’une autoroute où la circulation n’est pas interrompue ou bien des quartiers louches.

**La charge psychosociale** pèse davantage chez les Iade même si un médecin nous confie que ne pas réussir à sauver le patient le stresse. La peur de ne pas être opérationnel, de ne pas savoir ou de ne pas réussir à faire est angoissant pour les Iade :

*« Ce qui me fait stresser […] ça peut être de ne pas réussir à toucher du doigt ce qui est important sur l'intervention, ça c'est très stressant pour moi : quand j'arrive sur une intervention où ça me dépasse en fait où je me dis mais là moi je suis pas capable, […] où je comprends pas et je me dis mais est-ce que je vais y arriver quoi, est-ce que je vais y arriver, est ce que ...est ce que je vais pouvoir faire ce qu'on attend de moi quoi, est ce que je vais pouvoir faire de mon mieux pour aider ce patient à avoir les soins qu'il mérite »* (Fanny).

Une autre façon de se sentir mal est d’être spectateur sans être acteur sur un attentat (Guy).

**L’inconnu** ne rassure ni les médecins ni les Iade : *« qu'est-ce qu'on va trouver, sur quoi on va tomber ? »* (Gilia). Ils appréhendent les situations inédites, inhabituelles pour lesquelles ils ne se sentent pas préparés ainsi que de travailler avec du matériel ou des médicaments qui leur sont inconnus.

**Débuter** angoisse les médecins qui affirment que leur stress est alors très intense : *« Je ne parle pas des premières interventions qu’on fait […] là on est complètement stressé »* (Pierre). Ce ressenti peut s’expliquer par leurs nouvelles responsabilités : *« Parce qu'au début au début on est stressé un peu par tout […] et je pense que ça c'était la responsabilité »* (Marie).

En résumé, la pression sociale exercée par la famille du patient et les relations tendues avec les collègues sont les principales sources de stress au Smur bien que le motif de l’intervention, les conditions matérielles et la charge psychosociale impactent aussi l’équipe. La peur de l’Inconnu et débuter sont peu pourvoyeurs de stress. Une fois les sources de stress connues, nous allons maintenant prendre connaissance du rôle joué par le contexte sur les équipiers.

### Les effets du contexte pré hospitalier sur l’équipe

Voyons si le fait de travailler dans un milieu de soin non conventionnel impacte les professionnels de l’urgence et leur façon de travailler.

Les avis des médecins sont partagés : deux affirment être stressés fréquemment alors que les deux autres le sont à peine. Quant aux Iade, trois disent être stressés : avant et/ou pendant l’intervention et un seulement après lorsqu’ il y repense bien que sa description fasse penser à un stress post-traumatique. Les quatre Iade développent leurs réponses sur l’impact du contexte pré hospitalier, qu’il se manifeste pendant ou après le travail.

**Certaines interventions génèrent des effets sur les Iade**.

Guy le décrit très justement : *« Les situations sont tellement stressantes pour certaines que du coup la moindre petite émotion est exacerbée ».*

Avant l’intervention Gilia, qui est Iade depuis un an mais qui n’est au Smur que depuis cinq mois, est anxieuselors de l’exercice pré hospitalier car il exacerbe son manque de confiance en elle et l’amène à douter, par anticipation, de ses capacités à être opérationnelle dans l’action.

Pendant l’intervention l’Iade, même expérimenté, peut mal vivre le fait d’être dépassé par la situation : *« C'est très stressant pour moi quand j'arrive sur une intervention où ça me dépasse »* et peut douter de ses capacités d’action ou d’analyse (Fanny). De plus, elle remarque que certaines interventions vont la stresser car elles sont menaçantes pour sa sécurité personnelle.

Après les interventions, les Iades souffrent de différentes difficultés psychologiques. Guy se sent détruit après sa présence sur l’attentat de Charlie Hebdo à Paris, son stress le poursuit encore :

*« Il n’y avait plus de soin à faire quand je suis arrivé. Et j'ai été plus spectateur qu’acteur et du coup ça m'a complètement détruit après … le stress que j'ai eu pendant l'intervention est… était horrible et je l'ai gardé plusieurs semaines, plusieurs mois après, voire années pour l'instant ».*

Charles affirme gérer son stress pendant les interventions mais qu’il peut être stressé ensuite quand il y repense, quand il s’identifie au patient ou à sa famille :

*« Me dire, ça pourrait m'arriver la prochaine fois, ça pourrait être quelqu'un que je connais ou même mon gamin, ça on l'a tous vécu en Smur. On s'imagine dans cette situation à la place des parents alors qu'on vient de faire un gamin qui vient de s'étouffer qu’on ne récupère pas ».*

**Les répercussions sur le travail sont variées**

Être sensible au contexte n’empêche pas le travail (Marie). Selon un docteur, le contexte implique d’adapter l’organisation de la prise en charge médicale. Par exemple, si c’est une intervention secondaire dans un hôpital, les conditions permettent d’aborder le patient tranquillement, alors que si c’est une intervention primaire dans des lieux sales et difficiles d’accès, les gestes techniques seront effectués autrement (André).

Un Iade constate être plus vigilant et plus rigoureux dans sa façon de travailler lorsque la situation est « délicate » notant au passage que l’expérience professionnelle permet de se dégager de la technicité pour être plus attentif à ce qui se passe autour de soi (Charles). Il remarque aussi que le bon stress est moteur : *« C’est plutôt entre guillemet un bon stress parce qu'on va un peu s’énerver pour que les choses avancent, on va on va faire activer les choses ».* Ce que confirme ses collègues : le contexte *« ça impacte forcément l'équipe […] et faire en sorte que le travail soit bien fait très vite »* (Guy).

À contrario, les deux autres Iade notent que le mauvais stress peut engendrer de la déconcentration, compliquer ou retarder la prise en charge du patient :

*« Ça peut être des situations stressantes parce qu'on est dans un environnement y a du bruit y a des coups de feu, où il y a des choses… voilà donc là c'est clairement stressant et là ça peut aussi nous retarder et faire en sorte qu’on ne soit pas vraiment concentré dans notre prise en charge »* (Guy).

En somme, le contexte impacte individuellement les acteurs et, par truchement, leur façon de travailler : le stress positif accélère la réflexion et l’action, le stress « négatif » déconcentre et de ce fait ralentit la prise en charge du patient. Le contexte engendre des effets psychologiques surtout sur les Iade, à court terme : l’anxiété, le stress, le doute. Mais il produit aussi des difficultés plus durables : le stress post traumatique et l’identification douloureuse.

### La gestion du stress

Voyons à présent si le fait de travailler en équipe intervient dans la gestion du stress ou bien s’il s’agit d’une gestion plus individuelle.

**Elle est individuelle pour une majorité de professionnels**. Pierre contrôle son stress en prenant son temps pour examiner le patient et pour réfléchir : *« Donc faut maitriser la pression en faisant les choses, je dirais presque lentement ».* Un autre médecin dit qu’il faut de la sérénité :*« Plus vous êtes serein et mieux vous serez à même de réfléchir à une situation »* (Régis).

Les Iade gèrent leurs émotions autrement. Pour une débutante comme Gilia, l’important c’est de réussir à faire suffisamment confiance à l’autre pour ne pas avoir peur de son jugement, ce qui permet par exemple d’exprimer ses difficultés au médecin et lui *« passer la main ».*

Guy, plus expérimenté, prend sur lui autrement : *« Je me concentre sur ma respiration je prends une minute de recul ».* Fanny pense qu’il faut ne pas être parasitée par des relations tendues au travail : *« C'est essentiel qu'on se sente bien dans son service pour avoir l'esprit libre au travail, si on est en train de se stresser … ».* (Il s’en suit la description d’une relation conflictuelle avec un médecin qui lui a fait perdre ses moyens sur une intervention).

**La gestion du stress est collective dans une moindre mesure** comme le montrent ces deux témoignages.

Un médecin pense qu’il faut apaiser l’équipe au décours d’une intervention difficile en débriefant tous ensemble :

*« Quand je trouve qu'une situation s'est pas bien passée, j'essaie de débriefer directement avec l'équipe avant même le départ, pendant qu'on nettoie le matériel, pendant qu'on est en train de transporter… »* (Régis).

Fanny apprécie le débriefing suite à une intervention émotionnellement pénible car grâce à cela, elle s’est sentie *« libérée ».*

**L’action** est un autre moyen de gérer son stress pour trois Iade et pour un médecin. Se concentrer sur les gestes à faire permet de ne pas se laisser submerger par ses émotions. Charles l’illustre ainsi : *« On ferme ce genre de chose[[31]](#footnote-31) parce qu'on est à fond dedans […] On est dans l'agir je l'entends comme ça ? Oui dans l'action ».* Ce que confirme Gilia en y ajoutant la notion de routine qui rassure : *« Une fois qu'on est sur place ça se libère, bon ben maintenant on est dedans* *et voilà […] il y a une routine qui s’installe ! ».*

**Avoir de l’expérience** facilite la gestion du stress pour deux Iade ainsi que connaitre parfaitement son matériel.

La gestion du stress est majoritairement individuelle lorsqu’elle consiste à prendre du recul par rapport à la situation pour gagner en sérénité. Ces personnes trouvent par elles-mêmes les moyens de rebondir lorsqu’elles effectuent un travail de distanciation pour se protéger émotionnellement.

Lorsqu’elle est collective, les collègues sont une aide dans le sens où parler ensemble de ce qui s’est passé aide à faire baisser la pression.

Pour la moitié des interrogés, être concentré sur son travail et être dans l’action contribue à ne pas se laisser dépasser par son stress.

Manifestement, l’exercice pré hospitalier confronte les équipes à des difficultés matérielles et psychologiques qui peuvent générer du stress comme le décrivent les auteurs spécialisés dans ce domaine.

Nous supposions que le contexte du travail pré hospitalier pouvait avoir des effets sur la collaboration interprofessionnelle. Finalement les effets de certaines interventions sont avant tout individuels même si par ricochet le contexte influe aussi le travail d’équipe.

D’une part parce qu’il modifie la prise en charge globale du patient : si le stress est bien géré il contribue à améliorer la prise en charge du patient car il décuple les capacités de chacun. En revanche, si les Iade ne parviennent pas à maitriser leur stress, alors le travail est ralenti. D’autre part, parce que les situations délicates conduisent les équipiers à débriefer ensemble afin d’en retirer des enseignements pour les prochaines interventions mais aussi pour apaiser leurs affects douloureux.

Conclusion

Ce travail est parti de l’intérêt pour le travail en équipe dont le résultat est profitable au patient. Cependant collaborer en équipe interprofessionnelle est complexe au quotidien ; il génère joies, peines et questionnements parfois restés en suspens. Ce travail a permis de réfléchir plus profondément aux interactions en présence lors du travail en équipe notamment aux liens existants entre les compétences et la collaboration : dans quelle mesure la connaissance réciproque des compétences entre médecins urgentistes et infirmiers anesthésistes facilite-t-elle leur collaboration au sein d'un Smur ?

Des professionnels de l’urgence sont exigées rapidité et excellence en toutes circonstances. De par leur formation et leur expérience, les smuristes sont experts dans leur domaine, seulement l’enquête de terrain a montré qu’une équipe d’experts ne garantit pas forcément une équipe experte. **La collaboration ne va pas toujours de soi**, **elle dépend de plusieurs facteurs dont la connaissance mutuelle des compétences de chacun**.

Pour fonctionner, elle nécessite de travailler à l’unisson vers un but commun : l’intérêt du patient. La complémentarité est indispensable car elle permet de mobiliser les différents savoirs en présence et de produire un travail de meilleure qualité, chacun pouvant s’appuyer sur un collègue du moment qu’il lui fait confiance. Pour cela, il est nécessaire de connaitre ses compétences, professionnelles comme relationnelles, ce qui est possible après avoir beaucoup et bien travaillé ensemble mais aussi par des échanges en dehors des interventions. Savoir de quoi l’autre est capable optimise le travail : les missions sont adaptées aux compétences de chacun et la délégation de certains gestes fait gagner un temps précieux.

Lorsque les compétences des Iade sont sous-exploitées par les médecins, les Iade ressentent un manque de considération, ce qui impacte leurs relations. Les egos des uns et des autres sont décrits comme surdimensionnés et empêchent une certaine humilité. La piètre qualité des relations sociales au sein de l’équipe est déterminante dans la survenue de tensions voire de conflits qui surviennent lorsqu’il y a désaccord sur une prise en charge. Une communication défaillante ne permet pas de résoudre ces conflits. Néanmoins, la communication fonctionne lorsqu’il s’agit de débriefer ensemble au décours d’une intervention difficile du point de vue technique ou émotionnel. Ce débriefing permet de « détricoter » la situation en vue d’amélioration. Il permet aussi d’apaiser l’angoisse et de faire baisser la pression ressentie par les équipiers même si le plus souvent chacun se débrouille seul pour mettre à distance ses émotions douloureuses.

Finalement, la connaissance des compétences de l’autre a autant d’importance que la qualité des relations interpersonnelles pour parvenir à travailler de façon collective.

Ce travail de recherche est riche d’enseignements à plusieurs titres. Tout d’abord, il permet de connaitre de l’intérieur ce qui fait la particularité d’une équipe pré hospitalière, ses succès comme ses échecs. Ensuite, il confirme l’importance de bien se connaitre pour bien fonctionner ensemble : il faut que les professionnels se parlent au travail pour améliorer la qualité des soins. Les bonnes relations entre collègues sont également une source de bien-être au travail et contribuent à lutter contre l’abattement ou l’amertume actuels.

Il serait intéressant de poursuivre cette réflexion sur le rôle que peut jouer le cadre de santé pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. D’une part, même si le cadre Smur est géographiquement absent des interventions, cela ne l’empêche pas de gérer son équipe d’infirmiers. D’autre part, la collaboration interprofessionnelle est présente dans de nombreux services et puisque le cadre de santé est à la croisée des chemins de différents professionnels, il peut être l’élément facilitateur du travailler ensemble.

**Bibliographie**

* Brahimi, C. (2011). *L’approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*.

Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228\_ApprocheCompetences.pdf

* Club de l’histoire de l’anesthésie et de la réanimation : **C**azalaà, J.B., Chavagnac, B., Cousin, M.T., Gay, R., Louville, Y. (2015). *Anesthésie, analgésie, réanimation, SAMU : notre histoire, de 1945 aux années 2000*. *Tome II : le SAMU*. Paris : Edition Glyphe.
* Collaborer. (2018). In *Centre national de ressources textuelles et lexicales.* Repéré à <http://www.cnrtl.fr/etymologie/collaborer>
* Collaborer. (2018). In *Larousse*. Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140
* Conne, F. (1992). *Savoir et connaissance dans la perspective de la transposition didactique.*

Repéré à https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01523900/document

* Dejours, C. (2015). *Le choix : souffrir au travail n’est pas une fatalité.* Montrouge : Bayard.
* Flin, R., Patey, R., Glavin, R., Maran, N. (2010). *Anaesthetists’ non-technical skills*. Repéré à

http://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)33564-X/fulltext

* Gautier, A. (2017). *Un levier managérial avec la culture de dépénalisation de l’erreur* dans *les organisations à risques.* Repéré à

http://pnrs2.ensosp.fr/content/download/36187/609978/file/ENSOSP-Dossier-Levier\_manag%C3%A9rial\_avec\_culture\_d%C3%A9p%C3%A9nalisation\_erreur\_organisations\_%C3%A0\_risque.pdf.

* Guilhon, A., Trepo, G. (2000). *La compétence collective : le chaînon manquant entre la stratégie et la gestion des ressources humaines.* Repéré à

http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2498-la-competence-collective-le-chainon-manquant-entre-la-strategie-et-la-gestion-des-ressources-humaines/download

* Institut national de recherche et de sécurité. (2013). *Le stress au travail*. Repéré à <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%205021>
* Kosremelli Asmar, M., Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d’un hôpital universitaire*. Repéré à

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

* Lagadec, A.M. (2009). L’analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l’œuvre et limites de ces dispositifs. Recherche en soins infirmiers, (97), 124, repéré à

https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-4.htm

* Lateurtre-Zinoun, M. (2012). *L’expérience et les compétences peuvent-ils se transmettre ?* Biennale internationale de l’éducation, de la formation et des pratiques professionnelles.

Repéré à https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00800029/document

* Laurent, A., Chahraoui, K. (2012). L’impact du stress professionnel sur les intervenants Smur. *Revue pratiques psychologiques, n° 18,* p 425. Repéré à https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176310000714
* Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange.* Paris : Éditions d’organisation.
* Le Boterf, G. (1998). *L’ingénierie des compétences*. Paris : Éditions d’Organisation (p. 112/124)
* Lecomte, F. (2016). *Les compétences non techniques : pourquoi s’y intéresse-t-on ?*

Repéré à [http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/ytctja89/Les%20compétences%20non%20techniques%E2%80%89:%20pourquoi%20s’y%20intéresse-t-on%E2%80%89%3F.pdf](http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/ytctja89/Les%20compétences%20non%20techniques%E2%80%89:%20pourquoi%20s'y%20intéresse-t-on%E2%80%89%3F.pdf)

* Leplat, J. (2000). Compétences individuelles, compétences collectives. *Psychologie du travail et des organisations*, (6), 47-73.
* Mucchielli, R. (2016). Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Paris : ESF éditeur.
* Office fédéral de la santé publique suisse. (2018). *Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017 – 2020*. Repéré à

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/broschuere-FP-interprofessionalitaet.pdf.download.pdf/broschuere-FP-interprofessionalitaet.pdf>.

* Picard, D. Marc, E. (2015). *Les conflits relationnels*. Collection Que sais-je. Paris : PUF.
* Pierre Jeanguiot, N. (2006). *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières.* Repéré à

https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm#no1

* Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l’interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers,* (117), p 35. Repéré à

https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-33.htm

* Robidoux, M. (2007). L’École en chantier. *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle.* Repéré à

<https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>

* Savoir. (2018). In *Centre national de ressources textuelles et lexicales*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/savoir>
* Savoir-être. (2018). In *L’institut coopératif de l’école moderne.* Repéré à

<https://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/3593>

* Savoir-être. (2018). *Qu’est-ce que le savoir-être ?* Repéré à

https://savoiretrepro.com/le-savoir-etre/

* Savoir-faire. (1994). In *dictionnaire Larousse*. Paris.
* Savoir-faire. (2018). In *dictionnaire Littré* repéré à [www.littre.org/definition/savoir-faire](http://www.littre.org/definition/savoir-faire)
* Savoir-faire. (2018). In *Centre national de ressources textuelles et lexicales.*

Repéré à http://www.cnrtl.fr/definition/savoir-faire

* Tillaux, A., Navarre, C. (2003). *Stress professionnel et intervenants d’un SAMU-SMUR.* Repéré à <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7304.pdf>
* Wittorski, R. (1998). *De la fabrication des compétences.* Repéré à

hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172696/document

**Textes à portée juridique**

* Article D. 6124-13 du code de la santé publique, modifié par Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 - art. 1 JORF 23 mai 2006, relatif à la composition des équipes de services mobiles d'urgence et de réanimation.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916962>

* Article R. 4311-12 du code de la santé publique, modifié par Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 - art. 1, relatif à la priorité de l’Iade pour les transports sanitaires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913900>

* Article L4393-1du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 24, relatif au rôle de l’ambulancier.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021504035&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180422&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1994966428&nbResultRech=1>

Annexe I : le référentiel de compétences de l’Iade

**Annexe I : le référentiel de compétences de l’Iade**

ANNEXE II de l’Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d’État d’infirmier anesthésiste.

1. Anticiper et mettre en place une organisation du site d’anesthésie en fonction du patient, du type d’intervention et du type d’anesthésie.
2. Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d’anesthésie, des caractéristiques du patient et de l’intervention et ajuster la prise en charge anesthésique.
3. Mettre en œuvre et adapter la procédure d’anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l’intervention.
4. Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie-réanimation.
5. Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d’anesthésie.
6. Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l’anesthésie-réanimation, de l’urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur.
7. Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l’anesthésie, la réanimation, l’urgence (1) et l’analgésie.

(1) Le terme « urgences » couvre le champ des urgences en préhospitalier, intrahospitalier et les transferts inter et intrahospitaliers.

Annexe II : le guide d’entretien

**Annexe II : le guide d’entretien**

**L’ouverture de l’entretien**

Bonjour, tout d’abord, je tiens à vous remercier de vous être libéré(e) et de me dégager du temps pour cet entretien.

Je m’appelle Isabelle UBY et je suis étudiante cadre de santé. Cet entretien intervient dans le cadre de mon travail de recherche en sciences sociales dont la finalité est l’obtention de mon diplôme de cadre de santé et le master 1 « sciences de l’éducation ». L’étude porte sur les relations au travail entre les infirmiers et les médecins du Smur.

Par rapport aux questions que je vais vous poser, je suis attachée à recueillir vos paroles les plus authentiques possibles. Vos réponses seront anonymes et analysées que par moi. Il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et pas de jugement.

Nous avons 1 heure au maximum pour nous entretenir

Pour l’analyse ultérieure de cet entretien, acceptez-vous que je l’enregistre ?

**Le talon identitaire et sociologique**

Question : Pouvez-vous vous présenter ?

Relance : Pouvez-vous me dire votre âge, votre profession, votre parcours professionnel, votre poste actuel et comment s’est fait ce choix pour le Smur ?

**Thème 1 : La collaboration interprofessionnelle**

Question 1 : Pour vous, qu’est-ce qu’une équipe Smur ?

Question 2 : Selon vous, quels sont les avantages à travailler en équipe ?

Question 3 : Selon vous, qu’est-ce qui facilite et qu’est-ce qui freine le travail en équipe ?

Question 4 : À quels moments vous entraidez-vous ?

Question 5 : Comment nait la confiance envers un membre de l’équipe ?

Question 6 : Que permet la confiance au sein de l’équipe ?

Question 7 : Qu’entraine le manque de confiance au sein de l’équipe ?

Question 8 : Comment avez-vous appris à travailler en équipe ?

Question 9 : L’équipe fonctionne-t-elle toujours bien ? Et si non ?

**Thème 2 : Les compétences**

Question 10 : À votre avis, quelles compétences faut-il aux IDE/Dr pour travailler au Smur ?

Question 11 : À quoi sert de connaitre les compétences des autres ?

Question 12 : Quelle valeur donnez-vous aux compétences acquises par l’expérience ?

Question 13 : Dans quelles circonstances tenez-vous compte des conseils des autres ?

**Thème 3 : Le contexte pré hospitalier**

Question 14 : Quels sont les effets du contexte sur vous et votre façon de travailler ?

Question 15 : Comment gérez-vous votre stress ?

**Clôture de l’entretien**

Souhaitez-vous ajouter des éléments supplémentaires ou approfondir certains points ?

Annexe III : le talon identitaire et sociologique

**Annexe III : le talon identitaire et sociologique des médecins**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Smur** | **Prof** | **Sexe** | **Nom** | **Age** | **Activité**  **professionnelle** | **Expérience**  **professionnelle** | **Exp. Smur** | **Formation** | **Choix du Smur** |
| 1 | Dr | M | André | 62 | 50%Transport  50% Régulation  Société de conseil | 1er poste  (Bientôt retraité) | 37 ans | Urgentiste  Sup de Co  (Management) | Goût de l’urgence  Liberté  Malgré le peu de reconnaissance de cette spécialité |
| 1 | Dr | M | Pierre | 62 | Transport régulation  Rapat. sanitaire | 1er poste  Exerce dans plrs  Smur  (Bientôt retraité) | 33 ans | Dr en médecine  N’a pas fait l’internat | Suite au service militaire BSPP (pas spécialisé en médecine d’urgence) contacte Garches🡪 embauche |
| 2 | Dr | F | Marie | 35 | Transport et régulation | 1er poste | 7 ans | DES de médecine générale (3 ans) + 1 an de DESC de médecine d'urgence | Par élimination  Peut-être le travail en équipe |
| 2 | Dr | M | Regis | 49 | Transport  Régulation  Urgence  Autre | Médecin militaire | 4 ans ½ | CAMU  Catastrophe  DU divers | Médecin militaire : besoin de compétence en médecine d'urgence |

**Annexe III : le talon identitaire et sociologique des infirmiers anesthésistes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Smur** | **Prof** | **Sexe** | **Nom** | **Age** | **Activité pro** | **Expérience pro** | **Exp.**  **Smur** | **Formation** | **Choix du Smur** |
| 1 | IADE | F | Fanny | 33 | 50% Smur  50% bloc | IDE Sapeur Pomp.  IDE : 7 ans  IADE : 5ans | 5 ans | IDE  IADE | Alternance bloc/Smur  Travail en équipe pour 1 patient  Intérêt perso pour urg /réa/ anesth |
| 1 | IADE | M | Charles | 47 | IADE Smur  +  FFC  +  Formateur Cesu | IDE : pdt 7 A  IADE : 6 Ans au bloc  IADE : 11 ans au smur  Secouriste CR | 11 ans | IDE  IADE  DIUpédagogie  Formation de formateur | Pour polyvalence du poste : bloc/Smur |
| 2 | IADE | F | Gilia | 43 | Smur et bloc | IDE pdt 15 ans (réa, salle de réveil…)  IADE 1 an au bloc | 5 mois | IDE  IADE | Rotation Smur/bloc =  Intérêt pro et humain  Le travail en équipe |
| 2 | IADE | M | Guy | 34 | Smur et bloc | IDE : 5 ans en réa et salle de réveil  IADE depuis 5 ans | 5 ans | IDE  IADE | Intérêt 1er : bloc pédiatrique  Intérêt 2nd : le Smur  Rotation entre la pédiatrie et le Smur = plus-value car polyvalence |

Annexe IV : l’entretien avec un Iade

**Annexe IV : l’entretien avec Guy**

Réalisé le 7 mars 2018 dans une petite bibliothèque du Samu « 2 » et d’une durée de 42 minutes.

Mes questions sont écrites en caractère gras, les silences sont matérialisés par trois points. Le nom de l’hôpital où travaille Guy a été remplacé par X.

**Bonjour**

Bonjour

**Tout d'abord je tiens à vous remercier de vous être libéré pour cet entretien. Je m'appelle Isabelle Uby et je suis étudiante cadre de santé, cet entretien intervient dans le cadre de mon travail de recherche en science sociales dont la finalité est l'obtention de mon diplôme de cadre de santé et le master 1 sciences de l'éducation. L'étude porte sur les relations au travail entre les infirmiers anesthésistes et les médecins du Smur.**

**Par rapport aux questions que je vais vous poser, je suis attachée à recueillir vos paroles les plus authentiques possible. Vos réponses seront anonymes et analysées que par moi. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et pas de jugement. Nous avons une heure au maximum pour nous entretenir. Pour l'analyse ultérieure de cet entretien, acceptez-vous que je vous enregistre ?**

Oui.

**Merci ! Pouvez-vous vous présenter ?**

Euh oui, Guy, infirmier anesthésiste à l'hôpital X. Depuis euh bientôt cinq ans. Euh…avant j'étais à l'école d'infirmier anesthésiste et encore avant ... en réanimation polyvalente salle de réveil à l'hôpital Georges Pompidou.

**Et à l'école d'infirmier anesthésiste, en tant qu'élève ou en tant que formateur ?**

Ah, en tant qu’étudiant.

**Parce qu’il y a des faisant fonction qui...**

Non, non, oui, au temps pour moi…non non, étudiant.

**D'accord. Étudiant. Ok.** **Donc vous avez quel âge ?**

Euh, 34

**Merci. Et comment s'est fait ce choix pour travailler au Smur ?**

Alors, en fait c'est un choix indirect. Euh... j'ai fait un stage en pédiatrie pendant mes études d'Iade euh... donc j'ai découvert la pédiatrie par ce stage et j'ai adoré.

**Et c'était ici la pédiatrie ?**

Et c'était ici, oui. Et euh, étant donné que j'habite à côté, j'ai donc choisi de travailler à X et j'ai tout fait pour travailler à X pour la pédiatrie. Le Smur, était quelque chose qui m'intéressait de… de … de base mais c'était pas une priorité. Euh…mais c'était clairement une plus-value de travailler à X en pédiatrie et faire du Samu euh…aussi. Donc euh voilà...c'était pas mon choix initial mais c'est... ça a été quelque-chose de positif hein de…d'avoir choisi ce… cette…euh…comment cet hôpital où il y a cette polyvalence entre le bloc opératoire et euh…et le Samu.

**Ok. Pour vous, qu'est-ce qu'une équipe Smur ?**

Alors, une équipe Smur, c'est déjà, euh... un regroupement de professionnels. Donc c'est une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'un ambulancier diplômé d'état, et d'un paramédical, donc soit infirmier, soit infirmier anesthésiste, soit infirmier spécialisé en… en puériculture pour l'équipe pédiatrique. Euh... plus des stagiaires donc qui peuvent être externes, internes, étudiants divers et variés de différentes catégories etc.… euh... mais l'équipe de base c'est les trois premiers euh... quand on dit équipe c'est euh… c'est vraiment une entité, ce n’est pas trois personnes qui se retrouvent pour travailler ensemble, c'est euh…c’est vraiment une entité qui va euh…effectivement travailler ensemble, mettre à profit les trois compétences différentes et euh... et les faire travailler dans une espèce de synergie. Euh... mais voilà c'est vraiment une unité. Enfin pour moi ma vision de l'équipe, c'est vraiment une unité, dans l'intervention mais même aussi en dehors.

**Et selon vous, qu'est-ce qui facilite et aussi qu'est-ce qui freine le travail en équipe ?**

Alors, qu'est-ce qui facilite et qu'est-ce qui freine le travail en équipe ? Alors faciliter, y a déjà numéro un, je dirais la communication. Il faut savoir communiquer entre nous euh si on n’est pas capable de le faire pour différentes raisons hein... euh…manque d'écoute de la part de certaines personnes euh… difficulté à communiquer de la part de certaines personnes, à cause de la timidité à cause de… de... d'un problème de langue ou etc. enfin il peut y avoir pleins de variantes euh… dès l'instant où il y a de la communication qui est biaisée euh... ça peut impacter euh…mais par contre dès l'instant où on utilise à bon escient la communication c'est royal parce que c'est vraiment la clé de l'équipe, c'est le lien, c'est ce qui va permettre de travailler en équipe. La communication c'est, ok se dire bonjour, travailler euh…en …en discutant et en parlant etc. mais c’est aussi euh…savoir écouter l'autre, mais c’est aussi savoir regarder l’autre. La communication, vous le savez je vous l'apprends pas, il y a du verbal et du non-verbal. On travaille dans des circonstances pas forcément évidentes, on n’est pas dans notre contexte habituel, on est dans des situations plus ou moins hostiles, heureusement pas toutes les situations, pas toutes les interventions. Mais pour avoir vécu et Charlie hebdo et le Bataclan et euh… enfin tous les attentats en 2015 euh…voilà et clairement heureusement qu'il y avait cette unité, cette entité équipe où euh il y avait une communication mais qui ne passait même plus par le verbal mais que par le regard, des gestes… c'est ce qui nous a permis de travailler ensemble pendant l'intervention mais aussi de travailler ensemble après l'intervention. Parce qu’une intervention ce n'est pas que la prise en charge du patient, c'est aussi la prise en charge de de de nous euh…après l'intervention euh… ça impacte énormément. À l'hôpital dans tous les services, tous les soignants sont impactés par la prise en charge de leurs patients à plus ou moins grande échelle etc. euh voilà on peut être sensible etc. mais euh…d'autant plus au Smur où là clairement euh… on est en fragilité constante voilà. On est euh...

**Exposé ?**

On est exposé, on est exposé, on n’est pas chez nous, on n’est pas euh… le matériel… en fait il y a que les personnes de notre équipe et notre matériel qui nous sont euh communs. Tout le reste est euh… inconnu euh… que ce soit le patient, que ça soit la famille les témoins etc... Toutes les personnes qui gravitent autour du patient mais aussi le contexte que ce soit un métro, dans un ascenseur, à domicile etc. etc. donc tout ça, ça impacte forcément euh... l'équipe.

**De quelle façon ?**

Alors, ça l'impacte euh… ça peut être positif hein... euh…mais aussi négatif hein, ça peut soit la transcender et faire en sorte que le travail soit bien fait très vite etc. dans de bonnes conditions soit l'inverse, ça peut… enfin… retarder la prise en charge ou du moins la rendre un peu plus difficile. Alors ça peut être euh…des conditions climatiques,il fait froid quand on travaille à l'extérieur bah on travaille moins bien que si on était dans de bonnes conditions climatiques, il pleut etc. euh…ça peut être des situations stressantes parce qu'on est euh…dans dans un environnement y a du bruit y a des coups de feu, où il y a des choses… voilà donc là c'est clairement stressant et là ça peut aussi nous retarder et faire en sorte que ben on ne soit pas vraiment concentré dans notre prise en charge. Ou à l'inverse on peut être tombé dans une bonne situation, dans un contexte on…on est très vite à l'aise où le patient nous met à l'aise où la famille du patient nous met à l'aise et là euh…c'est à l'inverse ça se fait tout seul, l'équipe euh…travaille très bien, il y a une bonne communication une bonne entente, une bonne alchimie. Et c'est des bons souvenirs.

**C'est vrai que parfois la famille peut être facilitatrice puis d'autres fois ça peut être un peu perturbant.**

Évidemment. Oui oui oui.

**C'était une de mes dernières questions, donc pour continuer dessus puisqu'on a commencé à parler de ça. Qu'est-ce qui vous stress au travail ?**

Alors qu'est-ce qui me stress au travail…(silence)

**Où on y revient à la fin ?**

Non non mais c’est…c’est…bon voilà…

**Puisque là on parlait du contexte et puis je pense que ça...**

Ben y a… y a …en fait il y a plein de petits paramètres euh… y a le contexte, le contexte donc ça peut être euh…enfin… l'environnement quand je dis le contexte ça veut dire environnement donc comme on a dit, le lieu, les gens qui y sont et euh…et la situation en elle-même...

**Le type même de l'intervention ?**

De l'intervention. Un accouchement c'est toujours un plus stressant euh…pour moi, même si ça se passe toujours quasiment bien euh… par rapport à un arrêt cardiaque chez une personne âgée où là je stresse beaucoup moins, même si le pronostic vital est engagé malheureusement voilà c'est... donc il y a ça, l'environnement, le contexte, les circonstances. Y a la gestion du matériel donc typiquement, si je ne suis pas à l'aise avec le matériel que j’vais utiliser ça va me stresser donc là, je peux m’en prendre qu'à moi-même c'est à moi de me mettre dans de bonnes conditions mais …parfois …ça arrive qu'on prenne notre poste,  qu'on décale tout de suite sur une intervention avant même d'avoir vérifié son camion, et on se retrouve avec un nouveau scope où des euh... enfin du nouveau matériel ou un médicament qu'on connait pas, qu'on ne maîtrise pas etc. C'est toujours une situation un peu stressante alors euh voilà c'est…euh… c’que je dis aux étudiants et euh le A de Iade c'est pas anesthésie mais c’est adaptabilité donc il va falloir qu'on s'adapte. Donc euh…voilà faut savoir rebondir essayer de s'adapter et puis trouver une solution à ce stress dû au matériel, aux médicaments ou …aux choses qu'on peut… qu’on n’a pas maîtrisé ben qu'on puisse le maîtriser et puis… arriver à …à passer au-delà de ce stress. Donc euh, je vous dis les circonstances, le matériel…euh… y a aussi les conditions dans lesquelles on prend son euh... c'est pas seulement pour le Smur hein, c'est pour tous les métiers j'ai envie de dire euh des conditions personnelles, c'est dès l'instant où on arrive à son poste euh dans de bonnes conditions ben la journée se passera forcément mieux. Si on a passé une mauvaise nuit parce que les enfants n’ont pas dormi ou parce que… voilà. Il y a ça aussi qui rentre en jeu. On reste des humains, on est toujours impactés par ça. Et après euh… y a la… le… euh… le super environnement. Donc c’est pas l'environnement de l'intervention, c'est vraiment l'environnement de… de l'ensemble du service, donc euh…ça va être euh l'ambiance qu'il y a euh…à la régulation euh… quand il y a une suspicion d’attentat qui va du coup impacter euh même si on n'est pas directement dans… dans la régulation, sur le lieu même qui va impacter euh notre…notre, pas notre prise en charge mais notre… enfin ça va nous stresser, on va être stressé pendant le travail. Je l'ai vécu euh…ben juste après euh…Charlie Hebdo hein euh…les 2 jours qui ont suivi j'étais de garde et c'est vrai que c'était horrible c'était une situation euh…sous tension.

**Une tension ?**

Ouais ! Y avait une tension, y avait quelque chose, on savait qu'il se passait quelque chose sans y être directement euh…on le vivait… on le vivait…voilà on était stressé quoi.

**Et ?**

Et du coup ça impact le travail euh derrière ça, ça impact les prises en charges euh... ça les rend...euh…

**Comment vous faites pour gérer votre stress ?**

Alors… si c'est par exemple du matériel ou si c'est des choses que je peux maîtriser donc euh… bon bah j'essaie de faire en sorte de le maîtriser hein, donc je prends un peu de recul, je lis la notice du médicament ou euh, et puis voilà. Quand c'est une situation, un contexte etc. euh… la respiration, je respire, je me concentre sur ma respiration je prends une minute de recul et là je …voilà. Ou alors à l'inverse je me focalise sur euh…un soin.

**La tâche à accomplir.**

Quelque chose de… de …chose que je n'ai pas faite sur Charlie parce que j’ai…y avait plus de soin à faire quand je suis arrivé. Et j'ai été plus spectateur qu’acteur et du coup euh…ça m'a complètement détruit après. Euh…le stress que j'ai eu pendant l'intervention est…euh… était horrible et je l'ai gardé plusieurs semaines, plusieurs mois après, voire années pour l'instant…voilà donc c'est sûr que… voilà on gère comme on peut ce stress. Voilà c'est… après, c’est en fonction du stress y a des techniques euh...à adapter.

**D'accord. Alors on avait parlé, on n'était partis de qu'est-ce qui facilite le travail en équipe...vous avez parlé de la communication**

Et euh... ça… c'est… ça facilite, c'est facilitateur, il faut qu'il y ait une bonne communication.

**Point ?**

Ah non, il y a pleins d’autres choses.

**(Rire)**

Ah oui, nan nan nan. C'est le premier truc ! Après… après, y a l'entente entre les gens euh…c'est-à-dire que euh… chacun connaît le rôle de chacun euh… on ne peut pas demander à un ambulancier de faire quelque chose euh… euh… ben qui va le mettre en difficulté, soit parce qu'il en est pas capable, soit parce-que ça sort de son champ de compétence. Euh…mais pareil pour l'infirmier ou même le médecin, enfin chacun euh… donc il faut connaître le rôle de chacun, ça c'est important pour pouvoir euh… travailler dans une bonne…dans une bonne relation d'équipe et… et améliorer le travail. Donc connaître les compétences, les limites euh... communiquer autour de ça hein ça reste toujours le lien la communication euh... qu'est-ce qui peut aussi faciliter le travail c'est euh... connaître les gens, leur personnalité.

**D'accord.**

Donc ça, ça peut aussi aider, on peut savoir que ben telle personne est stressée euh... parce que on l'a déjà vu dans d'autres situations… alors… c'est l'expérience qui fait ça hein. On va travailler plusieurs fois avec les mêmes personnes et puis on va voir que ben… que chaque fois que...qu'on fait ça … que si la personne bégaye c'est qu'elle est stressée du coup on va être vigilant là-dessus et donc du coup on va peut-être essayer d'améliorer euh… de la déstresser pour pouvoir aussi mieux travailler en équipe… mais aussi donc il y a ça le travail en équipe mais il y a aussi tout ce qu'il y a autour euh… des périodes où on est pas en intervention c'est des périodes...euh... je pense qu'il faut euh... optimiser pour apprendre à connaître les gens. Alors c'est sûr on ne va pas s'asseoir autour d'une table et se raconter nos vies mais euh... c'est des échanges autour d'un café.

**Informels.**

Ouais des échanges informels ou euh… des choses un peu plus… euh… comment… un peu plus longues. Par exemple il y a différentes activités qu'on fait, notamment la… je vais vous parler de… de l'activité que j'organise en plus cette année ici à X c'est la Samu's cup donc c'est euh… vous connaissez ?

**Hum hum.**

Une régate etc. euh... qui regroupe tous les équipages enfin...beaucoup d'équipages du Samu et… c'est vrai que… ça fait trois ans que je la fais… trois ans que je fais… enfin… avec différents collègues et c'est sûr que… ben… on ressort de là… ben…

**Il y a un esprit d'équipe ?**

Il y a un esprit d'équipe qui s'est formé et… l'intervention qui suit… ben…

**Ça facilite ?**

Ah elle est clairement facilitée, on se connaît mieux… enfin c'est… donc, ce qui peut faciliter le travail en équipe c'est aussi euh... tout ce qui est en dehors du travail en fait.

**La convivialité ?**

Voilà la convivialité etc. mais aussi les projets. Les projets de travail alors euh... ça peut être...en dehors de l'intervention on peut monter des projets. Alors on peut travailler sur des… des conduites à tenir, sur des protocoles sur des… euh… sur des essais de matériel etc. et ce qui est intéressant c'est de le faire en équipe pluridisciplinaire pour pouvoir justement échanger. Chacun aura un regard différent et euh... et pourra en tirer du coup un truc assez exhaustif euh… voilà. Alors après le problème c'est qu'il faut trouver le temps et les motivations des gens à faire ces projets-là.

**Et a contrario qu'est-ce qui freine ou qui gêne ?**

L'ego (rire) des uns et des autres. Il y en a beaucoup… c'est très connoté hein le Samu, il y a beaucoup d'ego. Alors ça peut être une réaction euh… de défense hein pour justement avoir une espèce de blindage par rapport à tout ce qu'on a énuméré avant : le stress etc. euh… mais… euh… mais le problème c'est que du coup euh...qui dit ego dit pas d'humilité et pas d'humilité pas d'écoute donc pas d'écoute pas de communication et puis bah…

**Pas de remise en question ?**

Pas de remise en question et… pas de travail en équipe, chacun pour soi et... là clairement ben ça c'est pas…

**L’individualisme c'est ça ?**

Exactement oui… et là ben y'a pas de travail d'équipe, c'est impossible.

**Les gens travaillent avec mais pas ensemble, c'est ça ?**

Exactement ! Et il y a des jours où je sais que… ben ça va être une journée comme ça parce que… malheureusement j'arrive pas à trouver le… le lien, la chose qui va me rattacher… avec mes collègues… enfin… le truc qui va me permettre d'avoir cette petite fibre euh… d'équipe et puis ça va être d'autre fois où je suis content d'aller au travail parce que je sais que finalement ça va être… ça ne va pas être un travail mais un échange toute la journée avec des gens que j'apprécie euh… au travail et en dehors et ça va être génial. Donc…euh... oui l'ego, ça c'est le numéro un (puis il chuchote : surtout ici).

**(Rire) Surtout ici ? Que ce soit n'importe quelle personne de l'équipe ?**

Peu… peu… peu importe.

**Ça peut être l'ambulancier, l'Iade ou le médecin ?**

Ça peut être l'ambulancier, l'Iade, le médecin alors euh... c'est plutôt la relation entre le médecin et l'Iade qu'on cherche ?

**Oui.**

Effectivement…euh... quand on est face à quelqu'un qui ne connaît pas nos limites, je suis Iade hein, j'suis pas infirmier euh... qui connait pas nos limites de compétences etc. parce que ben il n'apprend pas à travailler avec des Iade puisqu'ils ont un cursus urgentistes. Forcément il y a des frictions qui vont se faire des choses… euh… alors ces petites frictions peuvent être calmées par un petit peu de communication et voilà… de la diplomatie et puis ça passe. Et parfois quand il y a l'ego qui se rajoute à ça plus une situation stressante et puis… je ne sais pas… là ça peut prendre des proportions… et malheureusement ben au lieu qu'il y ait un travail d'équipe ben ça va être un travail un peu… chacun dans son coin et puis… voilà.

**Et selon vous quels sont les avantages à travailler en équipe, ensemble ?**

Ensemble… versus l'individualisme, c'est ça ?

**Hum.**

Et d'une, on vit déjà beaucoup mieux l’intervention par ce que… il y a déjà une part de… de… de… y a un poids qu'on n'a pas. C'est euh... le regard de l'autre, le jugement etc. donc on sait que les collègues vont travailler avec… ça va être une synergie ça va être… donc du coup ben, on ne va pas se juger hein. T'as vu, il a mal fait ça…euh... ah...machin, bidule… il a réagi comme ça, il a fait ci. Non, on sait que si… ce qui va se passer c'est heu… voilà. S’il y a un souci, quelque chose qu'on fait mal, ben on va pouvoir en discuter, en parler et ça va forcément évoluer vers quelque chose de positif. Donc déjà ce poids là en moins euh... est énorme euh… le fait de travailler en équipe, il y a des moments où effectivement on ne va pas savoir parce que… on n'est pas compétent, on n'est pas capable de…

**On ne sait pas tout.**

On ne sait pas tout, ou même physiquement on n'est pas capable de porter ou je sais pas. Et le fait de travailler en équipe bah ça va être plus facile d'en parler de dire je suis désolé, est-ce que tu peux m'aider à… ou, je ne me souviens plus comment on passe tel médicament ou techniquement j’y arrive pas est-ce que tu veux bien prendre la main…euh... et voilà. Forcément ça facilite la prise en charge…euh... mais voilà, on revient sur l'humilité, on revient sur la remise en question et…

**Et à quel moment justement vous vous entraidez ?**

À quel moment on s'entraide ? Ben dès l'instant où on la demande l'aide. Ou alors si on se connaît très bien, dès l'instant où on voit que l'autre est en difficulté. Mais là on est au level au-dessus où il faut vraiment connaître la personne et connaître les signes qui font que… ben… le collègue a besoin d'aide parce que… il y a quelque chose de fébrile dans sa voix…euh... il a une hésitation, il est un peu perdu, il a le regard dans le vide etc. mais ça peut arriver hein.

**Oui : un bug.**

Un bug voilà exactement et donc du coup… euh...mais il faut connaître la personne, bien la connaître. D'où le travail en équipe.

**Et, l'équipe, elle fonctionne toujours bien ?**

Non, mais c'est ce qui est intéressant (rires) sinon ça serait euh...pff... ça serait la routine. Non elle ne fonctionne pas toujours bien parce qu'on a tous, même si on est de bonne volonté, on s'entend bien, on se connaît etc. on a aussi tous notre côté personnel qui peut resurgir et il y a des jours où on est pas forcément… on n'a pas envie de parler, on n'a pas envie, on est dans notre coin, on n'est pas…euh... etc. etc. et du coup euh... ben forcément ça va biaiser un peu l'équipe, ça va…euh... fragiliser cette équipe...euh... si elle est assez forte elle arrivera à surmonter mais si elle est un peu précaire cette équipe ça peut engendrer justement après l'individualisme etc.

**Et à quelle occasion ça dysfonctionne, on va dire ?**

Ben dans une situation où on a besoin du travail en équipe donc à savoir une situation stressante pour l'équipe, dangereuse, où on est en difficulté. Soit la personne en elle-même soit l'équipe est en difficulté… je prends un exemple la personne en elle-même euh...on me demande de faire un médicament mais je ne sais plus comment on fait parce que… je ne l'ai jamais utilisé ou… voilà euh... mais voilà je ne suis pas dans un état où je vais demander etc. etc. donc je vais regarder sur mon téléphone… le médecin voyant que je regarde sur mon téléphone alors qu'il m'a demandé de faire le médicament me dit ben qu'est-ce que tu fais machin ? … voilà. Et donc du coup là ça va engendrer après des...

**Des explications ?**

Exactement, enfin quelque chose d'anodin mais…euh...qui peut prendre des proportions, alors que si on est vraiment en travail d'équipe ben je vais dire au médecin tu sais comment on fait ça ? Non, bon on va regarder ensemble ou ...ben regarde. Donc voilà. Je ne sais pas si j'ai répondu à la question.

**En fait voilà je voulais savoir à quelles occasions ça dysfonctionnait, comment ça se manifestait, qu'est-ce qui fait que des fois ça va pas, qu'est-ce qui s'est passé pour que ça dérape en fait ?**

Donc… ouais le côté individuel, donc si on n'est pas bien voilà. À l'inverse si l'équipe d'emblée elle n'est pas formée parce qu'on ne se connaît pas, c'est la première fois qu'on travaille ensemble euh... ça arrive souvent…euh... et du coup ben forcément la première intervention elle va se passer…euh... on a hâte qu'elle soit terminée hein parce que… on ne se connaît pas, on se regarde, on se juge, on se jauge et… et c'est pas forcément la meilleure prise en charge.

**Il y a une phase d'observation, c'est ça ?**

Clairement une phase d'observation et euh même je dirais dans certains cas, ça peut être malsain, une phase de test euh...

**De quoi est-il capable ?**

Exactement de quoi est-il capable ? Ça peut être du médecin vers l'Iade ou à l'inverse hein de l'Iade vers le médecin, des deux côtés hein... et ça peut être très mal vécu hein la période de test pour la personne qui se fait tester. Pour en avoir fait les frais...

**Ça peut se comprendre quand on débarque dans un endroit… quand on est nouveau...**

Ça peut se comprendre effectivement euh... mais de là à nous mettre en difficulté pour nous tester.

**Ah, c'est autre chose ça, parce que je ne l’avais pas compris comme ça.**

Moi je l'entendais comme ça.

**D'accord.**

C'est je vais lui demander quelque chose…euh... on va voir s'il est capable de le faire euh... si on dit non…

**Ah, c'est un piège !**

Ah il y en a ouais, il y en a… euh... et là par contre… des deux côtés hein, ça peut être l'interne qui se fait senioriser et du coup…euh...l'Iade qui a de la bouteille qui essaye de le piéger un peu pour lui montrer que finalement il n'a rien à lui apprendre...et que sur l'équipe ben ça va être lui qui va prendre les rênes. Ou à l'inverse…

**Il y a des jeux de pouvoir ?**

Ah ben là clairement hein. Ou à l'inverse c'est le médecin qui va tester l'Iade parce que c'est la première fois qu'il travaille avec lui ou parce qu'il ne l'aime pas ou parce que… voilà et qu'il va lui faire… des crasses.

**La misère ?**

Ouais, ouais clairement. Après c'est partout pareil c'est pas spécifique au Smur. Le seul problème c'est qu'au Smur… autant dans un hôpital, dans un service, on a nos collègues à proximité euh on peut en parler on a le cadre à proximité, on peut en parler, on a les locaux qui sont communs donc c'est quelque chose qu'on gère, qu'on maîtrise euh... alors que là on peut se retrouver en difficulté euh... tout seul à l'autre bout euh... de l'Île-de-France et sans avoir possibilité d'en parler et ce pendant plusieurs heures et ça peut être très très euh...

**Inconfortable ?**

Voilà inconfortable oui.

**Comment est-ce que vous avez appris à travailler en équipe, ça s'apprend comment ça ?**

Ben je pense qu'il y a deux y a ...y a…un peu d'idée ...y a un peu de… de… y a des gens qui ont cette capacité à s'entendre un peu avec tout le monde euh... ils sont pas forcément lisses hein... comme on pourrait l'imaginer mais euh… voilà. Donc du coup ça facilite le travail en équipe la communication va se faire plus facilement. Par contre euh… il faut connaître euh... comme on l'a dit tout à l'heure, les limites le rôle de chacun etc. et les personnalités. Et tout ça s'apprend euh... ça s’apprend alors… d'une part toutes les formations initiales hein, infirmier on va travailler en équipe pluridisciplinaire mais euh de façon assez large donc avec plusieurs médecins, plusieurs collègues infirmiers, plusieurs aides-soignants etc. etc.

**Donc l'expérience professionnelle antérieure en fait ?**

Exactement, ça c'est quelque chose de très important. Plus après ben tous les trucs annexes enfin… qu'on fait dans notre vie donc euh la vie de famille c'est un travail d'équipe hein...euh... et puis si on fait des sports collectifs, si on fait des activités qui nécessitent justement la synergie d'une équipe pour pouvoir arriver à un but. Ça peut être plein de choses hein... j'ai pas d'idée là comme ça à part le sport mais il peut y avoir d'autres activités.

**Mais c'est très bien. À votre avis quelles compétences faut-il aux Iade et aux médecins pour travailler au Smur ?**

L'adaptabilité… j'aime bien ce mot parce que c'est vraiment c’qui nous permet de gérer euh... plein de choses, il faut savoir s'adapter : s'adapter au contexte, s'adapter aux gens avec qui on travaille, s'adapter au patient, s'adapter aux matériels, à tout ça. Il faut ouais il faut s'adapter. Si on n'est pas capable de s'adapter parce qu'on n'a pas envie ou parce qu’on ne sait pas s'adapter ben on n'a rien à faire au Smur, enfin pour moi, on n'a rien à faire au Smur. On ne peut pas avoir la même attitude dans toutes les interventions il faut savoir euh… être autoritaire quand il le faut, il faut savoir être doux quand il le faut, il faut savoir être apathique, il faut euh... il y a plein plein de choses. Oui il faut savoir s'adapter, pour moi c'est vraiment l'adaptabilité. Comme au bloc opératoire.

**Oui (rires). À quoi ça sert de connaître les compétences les uns des autres ?**

Ça sert à savoir ce qu'on peut leur demander euh... et ce qu'on ne peut pas leur demander euh... et puis surtout…

**De faire ?**

Oui de faire ou même de… de… en connaissance euh... si on demande à un ambulancier de nous expliquer les paramètres qui régissent le débit cardiaque il serait sûrement capable de nous répondre mais avec euh... leurs termes avec…euh... si on le demande au médecin, ça va être pareil ou au professeur de cardiologie ça va être encore différent euh... mais on ne va pas forcément comprendre euh... voilà il faut aussi savoir quoi demander euh à qui le demander et comment le demander aussi euh... donc quoi demander de faire ou des connaissances…euh...

**Donc de faire… c'est de la délégation ?**

La technique par exemple, je ne peux pas demander d'intuber à un ambulancier par exemple, on peut pas lui demander ça euh... comme de demander de conduire une ambulance au médecin enfin après chacun a son rôle hein…euh...après chacun a son rôle hein euh...

**Donc chacun connaît les rôles de chacun ?**

Chacun a son rôle et c'est important de le connaître puisque… voilà. Sinon il y a des glissements de tâches qui vont se faire sans être tracées, il y a des choses qui ne vont pas se faire parce que... pensant que l'autre l'a fait etc. donc chacun doit se cantonner à son rôle et savoir ce que fait l'autre ben pour justement d'une part aider l'autre si besoin et puis aussi euh... bien maîtriser ça et puis pas se le faire euh...grignoter… et du coup pas être fait ou mal fait etc.

**La répartition des tâches ?**

La répartition des tâches exactement !

**Quelle valeur donnez-vous aux compétences acquises par l'expérience ?**

Vous pouvez reformuler la question ?

**Est-ce que ça vaut quelque chose les connaissances, les savoirs que l'on a appris du fait de l'expérience ?**

Ah oui alors… euh… je trouve que ça vaut plus que c’qu'on apprend en théorie euh surtout dans notre pratique euh…alors effectivement il faut avoir une bonne base théorique pour pouvoir comprendre les mécanismes etc. etc. mais…euh... la pratique…euh...et l’expérience nous apprennent beaucoup plus euh... ouais enfin ça vaut… ça vaut…ça vaut énormément enfin… on ne peut pas ne pas avoir d'expérience enfin… on ne peut pas bien faire son métier si on n'a pas d'expérience.

**On le fait mieux au fur et à mesure ?**

On le fait de mieux en mieux oui, on le fait de mieux en mieux parce que justement on se grandit à chaque intervention et à chaque… oui à chaque expérience on va apprendre de nouvelles choses.

**Et c'est valable pour les trois professionnels ?**

Pour les trois et pour l'équipe.

**Dans quelles circonstances tenez-vous compte des conseils des autres ?**

Ben, tout le temps. Si on me donne un conseil c'est que j'en ai besoin euh... après… euh… il faut savoir se remettre en question et se demander si vraiment…euh... ce conseil est…euh... enfin s'il a été émis c'est que du coup euh... y a quelque chose qui ne va pas et du coup bah c'est de travailler là-dessus. Après ça peut ne pas être le meilleur des conseils mais… mais au moins se poser la question de quoi. Non c'est important, je pense que si on nous conseille quelque chose ce qu'il y a… c'est qu'on… on… la personne qui nous a conseillé doute de nos capacités ou euh… ou veut nous aider, voilà exactement…ou veut nous aider. Donc du coup, ben forcément c'est à prendre après euh… à analyser et puis à essayer d'intégrer. Mais oui oui c'est très important les conseils.

**De qui qu'ils viennent d'ailleurs ?**

Ah, de qui qu'ils viennent.

**Qu'est-ce qui fait que l'on fait confiance à un membre de l'équipe ?**

L'expérience. On va vivre plusieurs interventions avec cette équipe ou avec un membre de cette équipe et euh... et p’tit à p’tit on va avoir de plus en plus confiance, on va avoir… quelque chose qui va s’passer entre les deux personnes et du coup…euh...

**C'est avoir travaillé avec, c'est ça ?**

Ouais d'avoir beaucoup travaillé avec… enfin beaucoup travaillé avec et du coup euh… d'avoir bien travaillé. C'est de se sentir euh... c'est de sentir d'avoir bien fait son travail avec cette personne, du coup il y a une confiance qui se créé, on se dit ben cette équipe marche bien euh...la prochaine intervention va être encore mieux etc. et puis... c'est les bonnes interventions. Et quand j’dis les bonnes interventions c'est pas forcément les plus traumatiques. C'est les interventions où on sent qu'à la fin on a bien fait notre job euh...voilà.

**Et ça permet quoi, la confiance au sein d'une équipe ?**

Ah ben ça… c'est… c'est comme la communication il ne peut pas y avoir d'équipe s'il n'y a pas de confiance ou de communication c'est euh...c'est l'âme même de l'équipe la confiance.

**Et a contrario, quand il y a un manque de confiance ?**

Ben y a pas d'équipe, enfin c'est de l'individualisme, c'est... chacun se met derrière ses remparts … et voilà.

**Et ça se traduit comment ?**

Ben ça se traduit à… je fais mon boulot et voilà. Et ce qui dépasse mon champ de compétence, ben c'est pas moi le responsable donc… voilà. Et donc du coup forcément le travail est moins bien fait, je ne dis pas qu'il est mal fait parce qu'il peut être très bien fait hein, mais il est moins bien fait, dans de mauvaises euh...

**J'essaye de me mettre dans la condition, je suis par exemple infirmière anesthésiste et je n'ai pas confiance dans l'autre membre de l'équipe et comment ça se traduit ?**

Ben, comment ça se traduit euh...

**Qu'est-ce que je fais ? Ou je ne fais pas ?**

Ben par exemple je vais aller vérifier euh... ce que je lui ai demandé de faire par exemple.

**Le contrôle ?**

Le contrôle voilà, d'ailleurs la confiance n'exclut pas le contrôle, là-dessus on est entièrement d'accord mais euh... il y a contrôle et contrôle. Il y a le contrôle a posteriori en se disant bon ben…

**Pour suivre ce qui se passe.**

Voilà etc. et puis il y a le contrôle de… j'ai demandé quelque chose tout de suite et je vais le contrôler dès que ça a été exécuté et euh... voilà. Et puis montrer qu'on a le contrôle etc. ça peut être ça, ça peut être euh... vérifier que l'autre personne fait bien aussi son travail parce que pareil euh... même si ça dépasse nos champs de compétences, on peut se dire il n'a pas serré le frein à main, où il n'a pas passé son bilan à la régul ou… et donc du coup euh... voilà. Dans une équipe, ça se passe tout seul parce qu'on va dire : « au fait tu as oublié de serrer le frein à main » ou « tu as passé ton bilan à la régul ? Ah oui mince c'est vrai » … voilà donc euh... c'est même plus un contrôle, c'est une discussion, c'est un truc qui se fait. Mais par contre euh... effectivement... quand c'est euh...plus une équipe mais que c'est de l'individualisme, on ne va pas en parler ou alors on va en parler de manière négative et ça va exacerber…

**Ça va envenimer ?**

Ouais cette ambiance euh... individualiste.

**Donc les dernières questions étaient relatives à l'influence du contexte, on n'en a parlé longuement au début puisque j'ai demandé qu'est-ce qui stress au travail, on a fait le tour, comment gérez-vous le stress, ça on l'a évoqué aussi. Donc pour terminer souhaitez-vous ajouter des éléments supplémentaires ou approfondir certains points quant à ce travail d'équipe au Smur ? La collaboration médecin urgentiste Iade ?**

Euh... ce travail d'équipe et ce binôme.

**Ce binôme en fait, oui.**

Ce binôme, on l'a dit, c'est quelque chose… c'est quelque chose qui n'est pas figé ça peut évoluer euh... donc ça peut aller dans le positif donc de plus en plus vers un vrai travail d'équipe etc. ou à l'inverse ça peut euh... ça peut euh... ce travail d'équipe peut se casser parce qu’il peut se passer quelque chose qui fait que ben la confiance est cassée ou la communication est cassée etc. et ça peut évoluer très vite.

**Avec une même personne, c'est ça ?**

Avec une même personne et euh j'ai envie de dire sur la même journée. Il suffit d'un truc qui ne va pas pour évoluer très vite euh... les situations sont tellement stressantes pour certaines que du coup la moindre petite émotion est exacerbée euh... quelque chose qui semble… enfin on peut en parler après euh de manière assez anodine, peut prendre des proportions énormes dans une situation de stress euh… donc du coup voilà…

**Ça amplifie ?**

Ça peut… voilà ça… ça amplifie, ça peut casser la confiance, le travail d'équipe etc. donc il faut savoir travailler en équipe et puis toujours savoir… voilà, entretenir cette équipe…

**Ça s'entretient ?**

Ouais ouais, ça s'entretient euh... mais par contre il faut le faire de la manière la plus sincère possible parce que… si on le fait en se disant ben bon c'est pour passer une bonne journée j’vais essayer de le caresser dans le sens du poil ça va aller, ça va le faire sourire. Alors Ok, effectivement on va passer une bonne journée mais le problème… c'est que ben on ne résout pas l'histoire de la confiance et euh et la communication elle est biaisée parce que… c'est hypocrite, du coup euh... on peut avoir un retour de bâton qui peut être… vraiment plus important. Donc oui c'est important de l'entretenir et le plus sincèrement possible. Si c'est une bonne équipe, on peut tout dire.

**Oui.**

Et tout peut passer. Mais après c'est le moyen de communication, c'est comment le dire...

**À quel moment le dire.**

À quel moment le dire et à qui le dire.

**Hum hum.**

Mais c'est un autre sujet déjà

**(Rires) la communication. C'est bon ?**

Ben, oui si vous n'avez pas d'autres questions

**Non. Merci beaucoup.**

Mais de rien merci à vous.

Annexe V : l’entretien avec un médecin

**Annexe V : l’entretien avec Pierre**

Réalisé le 2 mars 2018 dans une petite bibliothèque du Samu « 1 » et d’une durée de 47 minutes.

Mes questions sont écrites en caractère gras, les silences sont matérialisés par trois points. Le nom de l’hôpital où travaille Pierre a été remplacé par Y, le nom des personnes qu’il citées a été modifié dans un souci d’anonymat.

**Pouvez-vous vous présenter ?**

Me présenter, c’est-à-dire ?

**Bien, vous me dites votre nom, votre âge, votre profession, votre parcours, votre poste actuel, comment vous en êtes arrivé ici.**

Comment je suis arrivé ici euh…

**Déjà, donnez-moi votre nom, parce qu’après il faut que je me repère**

Pierre, 62 ans. Donc j’ai fait mes études de médecine euh …le hasard a fait que j’ai fait mon service militaire, je résume hein, j’ai fait mon service militaire …disons qu’on était à Libourne comme on le faisait en ce temps-là euh…à Libourne euh…donc j’ai dû choisir…il me restait …il me restait deux postes en région parisienne puisque j’habitais en région parisienne y avait soit la réanimation en … soit la réanimation en …au Val de Grâce, soit euh…soit un poste de médecin au …à la BSPP[[32]](#footnote-32). Donc, c’est ça qui a orienté ma carrière euh… a orienté ma carrière vers le Smur de façon tout à fait euh…enfin non voulue au départ. Donc j’ai fait mon service militaire à la BSPP qui consistait donc euh…à faire essentiellement des départs comme médecin dans des ambulances de réanimation des pompiers, ce que j’ai fait pendant dix mois à Masséna, donc à Paris et à la fin de mon service militaire euh…moi, j’avais pas fait l’internat, j’avais pas fait de spé…j’avais pas essayé de faire l’internat donc j’avais pas de spécialité spécialement

**Hum**

Pas de spécialité. Je me dis, tiens en attendant, j’sais pas …j’m’orientais à la limite vers euh…la médecine générale. J’me disais, bon, ben en attendant…je …enfin j’étais en train de discuter avec le directeur médical de Masséna euh…et puis il me dit bon, si tu veux, en attendant, je peux parler de toi au responsable du Samu 1 euh…donc il lui a téléphoné et il lui dit est-ce que tu peux voir le docteur Pierre…enfin, je suis allé voir le …ici, donc c’était le docteur Dupont qui m’a dit tu peux venir travailler avec nous et puis donc j’ai travaillé …depuis le mois de juillet 1985…août 85 à Y et puis euh…et puis j’ai aussi travaillé donc à ce moment-là au Samu de Pontoise et puis une petite période pas très longue …euh j’ai travaillé à Bobigny où là j’ai pas tellement aimé les …les…l’ambiance, les rapports …

**Au Smur aussi ?**

À Bobigny, donc au bout de quelques mois j’ai laissé tomber donc…après j’ai fait euh… trois ans à Pontoise euh…j’ai continué à Y…euh…j’ai euh…j’ai fait des rapatriements sanitaires notamment pour Inter mutuelle Assistance euh…en plus de Y euh…y’avait un Smur qui se créait à Coulommiers en Seine et Marne …Coulommiers où j’avais passé un an et demi comme faisant fonction d’interne euh… dans un service de médecine …donc je me suis proposé euh…donc j’ai débuté la …la…j’ai débuté à Coulommiers dès le début de la formation du Smur de Coulommiers. À Coulommiers, j’ai travaillé de 87 à 2000 euh…donc on va dire que…de 87 à 2000 euh... ; je faisais des rapatriements sanitaires, je travaillais pour Y, la Samu de Y, je travaillais pour le smur de Coulommiers. À partir de 2000 euh…je n’ai plus travaillé que pour le Smur de Y et j’ai continué à faire des rapatriements et maintenant depuis trois ans euh…je ne fais que travailler pour le Samu de Y et je vais bientôt arrêter…pour la retraite.

**Vous transportez, vous faites de la régulation ?**

J’fais depuis peu euh…depuis depuis…en plus du transport, je régule mais ça c’est depuis un peu plus de quatre ans.

**Très bien**

Voilà, grosso modo c’est ça.

**Maintenant, j’aimerai qu’on parle d’équipe en fait, la notion d’équipe au Smur…et pour vous qu’est-ce qu’une équipe Smur ?**

Qu’est-ce qu’une équipe Smur ? Déjà, je dirais que ça a beaucoup évolué parce que si on prend que Y… si on prend que Y quand je suis arrivé à Y …l’équipe qui sort…l’équipe qui sort dans le camion Smur …à l’époque, c’était composé d’un ambulancier, d’un médecin et …et …le troisième larron c’était souvent l’interne du service qui partait avec nous …et le …grosso modo le rôle maintenant de l’infirmier était soit fait que par le médecin, soit fait par le médecin aidé de l’ambulancier, soit fait par le médecin aidé par le …euh…par le …

**Par l’interne ?**

L’interne, oui euh…donc, qu’est-ce qu’une équipe ? … qu’est-ce qu’une équipe ? Euh…dans quel sens ?

**Au-delà de sa composition**

Oui

**L’esprit d’équipe, par exemple**

L’esprit d’équipe, c’est…c’est…euh…c’est dans le meilleur des cas le relationnel…ça ça dépend de chacun euh…je pense que tous on préfère certains …on préfère partir avec certains ambulanciers ou certains infirmiers euh…soit pour des raisons relationnelles, soit parce qu’on trouve que certains sont plus compétents que d’autres mais c’est vrai aussi dans le sens où y a des infirmiers qui préfèrent …sans le dire hein, bien sûr

**Hum hum**

Partir avec certains médecins et dans le meilleur des cas c’est euh…c’est un médecin, infirmier et ambulancier qui...qui sont…qui sont contents des deux membres avec ils sortent. Après, qu’est-ce qu’une équipe, c’est …c’est…sur le terrain c’est …l’idéal, c’est une équipe complémentaire. C’est un médecin qui…dirige et qui donne des directives claires, c’est un infirmier qui dans le meilleur des cas anticipe euh…anticipe c’que va lui demander euh …l’infirmier…pareil et pareil pour l’ambulancier qui …en fonction de l’ambulancier, y en a qui participeront un petit peu euh…un petit peu donc euh…à…au travail de l’infirmier et euh…il pourra…

**Il y a une collaboration en fait**

Il pourra préparer …une collaboration. Là c’est toujours pareil …y a certains infirmiers qui…qui veulent que tout…que le travail de l’infirmier ne soit fait que par eux alors que d’autres accepteront que des ambulanciers les aident mais inversement, y a certains ambulanciers qui aimeront participer euh…à ce travail infirmier et d’autres qui diront non non moi je fais mon travail d’ambulancier je participe pas…enfin, dans le meilleur des cas …une bonne équipe c’est quand y a une osmose euh…une amitié entre chacun et une confiance entre chacun . Après chaque intervention avec chaque équipe a sa petite histoire …bon…

**Très bien, selon vous qu’est-ce qui facilite le travail en équipe ?**

Ben ce qui facilite…c’est le …la bonne entente euh…c’est la compétence de chacun déjà…et après, c’est la confiance que chacun témoigne euh…les uns vis-à-vis des autres et c’est l’anticipation des …c’est l’anticipation de ce qu’on va faire par chacun…

**Et par contre, qu’est-ce qui peut gêner le travail en équipe, le freiner ?**

C’qui peut le freiner euh…(silence)…on parle pas des problèmes techniques si on n’arrive pas à faire tel geste ?

**Pas seulement**

C’qui peut freiner c’est une mésentente euh un infirmier qui s’entend pas avec le …le médecin et qui va pas faciliter sa tâche et inversement le médecin qui va mettre une pression sur un infirmier et qui euh…par …qui va lui mettre la pression donc …donc il sera moins efficace parce que (inintelligible : il aura peur ?) et il va lui dire non faut pas faire ceci faut pas faire cela …ou il va le dénigrer…et pareil pour la relation entre médecin et l’ambulancier médecin infirmier infirmier …il faut qu’il y ait … c’qui est grave c’est que toute la mauvaise relation …voire des fois c’est une relation conflictuelle entre les membres …

**Hum hum et selon vous quels sont les avantages à travailler en équipe ?**

(Silence)

**Ça apporte quoi ?**

Ben ça apporte un confort parce que moi j’ai …quand j’étais chez les pompiers j’ai été détaché pendant deux deux mois à Alençon au Smur

**Alençon ?**

La ville d’Alençon et …là le pauvre médecin… j’allais …si j’ose dire euh...dans la journée il partait…il partait…dans la voiture Smur avec euh…avec la surveillante qui conduisait …alors déjà… encore là …et sur place donc …sur place il devait faire euh…son boulot de médecin mais aussi le …participer au boulot d’infirmier euh…alors sur place y avait les pompiers locaux hein …

**Hum hum**

Et la nuit, il partait seul alors …faut un p’tit peu imaginer…quelqu’un qui n’est pas du coin en plus …

**Et c’était quand ?**

C’était en 1985. C’est-à-dire qu’à Alençon y avait un médecin qui n’était pas spécialement de la région qui…à trois heures du matin tu pars sur euh tu pars sur une détresse respiratoire, t’as l’adresse et puis y avait pas le GPS[[33]](#footnote-33) en 85 donc on partait avec son petit plan et pour trouver euh…pression sur les épaules euh…déjà la première pression c’est de trouver après on arrive sur place donc y a les pompiers bon mais les pompiers locaux ils…ils peuvent pas faire grand-chose enfin …et donc là c’était venir avec le matériel …préparer le matériel, préparer ses euh…doses euh…tout ça après avoir posé les questions si le patient est conscient…examiner et euh…quand on devait l’intuber alors c’était la croix et la bannière parce que c’était…fallait préparer le matériel …on disait aux pompiers tenez ceci tenez cela …on pouvait se faire aider mais enfin c’était…après j’ai connu…ouais, ça c’était le pire …à Coulommiers, on partait, on partait …c’était médecin et ambulancier …donc là on formait sur le tas l’ambulancier à faire un peu le boulot d’infirmier …déjà on n’avait plus le problème de la conduite…de trouver où on allait, là c’était le médecin qui regardait sur le plan et qui aidait l’ambulancier pour affiner la…on savait dans quelle direction on partait mais après …fallait trouver la rue etc. Mais avec un ambulancier qui au bout d’un certain temps était assez expérimenté ça se passait beaucoup mieux …et puis à Y aussi ça a évolué …au départ c’était un ambulancier …ben je vous l’ai déjà dit …après sont arrivés les infirmiers et c’est un grand confort parce que …quand on arrive sur intervention on …et qu’on a …que le premier problème c’est de voir de quoi il s’agit …de…on pose des questions après on examine et après on a plus à se poser la question il faut que je le perfuse …est-ce que je vais y arriver …après si faut faire …fallait faire aussi l’ECG[[34]](#footnote-34) …on le fait plus enfin c’est plus le médecin qui doit faire tout l’ECG…donc pendant ce temps-là il peut un peu plus se concentrer sur ce qui doit être fait etc. Donc c’est un confort, on est plus efficace et c’est un confort de travail euh…extraordinaire par rapport à …

**A avant**

A avant surtout si on compare à Alençon où entre partir tout seul et …tout seul et son plan et son matériel dans la …dans le coffre euh…c’est le jour et la nuit hein !

**Et actuellement avec une équipe comme elle est de nos jours à quel moment vous vous entraidez les uns les autres ?**

À quel moment…ça peut arriver euh par exemple euh…ça peut arriver que le médecin euh…hésite à telle ou telle décision et par exemple l’infirmier lui dit c’est peut-être ceci…il peut l’orienter euh …ou le conforter dans sa décision par son expérience et inversement par exemple un infirmier peut avoir un problème de de …pour perfuser le patient parfois le médecin va y arriver alors que l’infirmier n’y arrivait pas voilà !

**Il faut savoir passer la main en fait ?**

Oui oui oui mais ça peut être …ça peut être…ça l’aide …l’aide par les …par les ... par les conseils…par les conseils qu’il faut savoir écouter après pas touj…. le médecin y faut pas qu’il pense systématiquement que …que y’a que lui qui sait … l’expérience de l’infirmier même de l’ambulancier euh…peut des fois l’aider à…à …prendre telle décision

**Je comprends**

Donc faut savoir écouter faut savoir écouter ce que dit l’équipe qui est avec vous …écouter ça veut pas dire…c’est pas parce qu’il dit quelque chose que c’est lui qu’a raison mais …des fois on hésite et son …et certains conseils sont…peuvent être très bons.

**Est-ce que l’équipe ça fonctionne toujours bien ?**

(silence :10 secondes) Bon, euh de façon générale euh…oui … pratiquement ça fonctionne bien dans ce sens que même si y a pas une relation …même si y a pas cette relation on passe outre c’est-à-dire que c’est pas parce qu’on est pas…on n’est pas …on n’a pas d’atome crochu avec les partenaires qu’on …on passe outre et on fait ce qu’on a à faire et …ça se passe mal, non …enfin …personnellement non …ça ne se passe pas mal parce que ben on fait …on s’adapte aussi…c’est le rôle du médec…euh…le médecin et l’infirmier on adapte sa …son attitude vis-à-vis des autres en fonction de la personnalité de l’autre hein !

**Hum hum**

Si un infirmier euh…pfff…mais …si c’est un problème technique de toute façon ça change rien …si il y arrive pas on …on peut lui donner un coup de main c’qui veut pas dire qu’on y arrivera mieux que lui mais parfois ça …en changeant la main …le plus souvent c’est positif et euh…est-ce que ça se passe mal ? Euh…non non ça se passe pas mal …c’est moins agréable à …à travailler ensemble mais euh…enfin…y a pas d’effet délétère pour le patient c’est ce que je veux dire …on fait outre, on fait chacun notre boulot et…y a pas de répercussions sur le …sur le euh…sur le patient.

**Euh…comment vous avez appris à travailler en équipe ?**

…

**Ça vient tout seul ou… ?**

Oui… comment vous …je dirais, c’est comment vous allez à l’école vous euh…comment vous arrivez à travailler ensemble à l’école …ou vous allez faire un sport collectif …enfin on apprend sur le tas.

**Voilà**

Ça c’est une relation c’est euh…C’est en faisant que …Y’a y’a y’a …moi je ...je connais pas de …de gens qui sont …enfin …je connais pas d’école de savoir travailler ensemble euh…

**Parfois y a des séances de simulation qui essayent justement de viser à ça en fait**

Oui mais ça … mais travailler ensemble …ça c’est le côté technique …c’est-à-dire …c’est …c’est euh…pour bien travailler faut…d’une façon générale pour bien travailler en équipe il faut que…il faut que chacun euh que le …le travail de chacun soit …soit déterminé à l’avance. C’est-à-dire que sur une intervention euh …le médecin il sait quel rôle il doit jouer euh l’infirmier quel rôle il doit jouer et l’ambulancier aussi. Le problème c’est il n’y a pas quelqu’un qui dirige euh…quand euh…quand chacun fait son boulot de son côté sans tenir compte des autres mais ça c’est dans toute ambiance de travail

**Hum hum**

C’est la définition de …alors là…c’est la définition des tâches alors qu’avec une équipe quand …savoir quelle est sa tâche bien définie. Il ne doit pas demander est-ce que je fais ceci est-ce que je fais cela et qui c’est qui doit faire ceci qui c’est qui doit faire cela. Un mauvais cas ça serait une intervention où c’est un p’tit peu le …ça arrive à un moment quand c’est un médecin qui débute avec une équipe de vieux routiers d’infirmiers, d’ambulanciers. Il peut se faire euh…trop influencer euh…trop diriger par…euh donc ça c’est pas bien mais il …il faut que le …il faut qu’y en ait un qui …un qui dirige euh…l’intervention et c’est le rôle du médecin et…en tenant compte bien sûr comme je le disais des avis des autres si…s’ils ont des remarques à faire …qu’il les écoute …mais il faut qu’ils aient des tâches bien définies.

**Et ad fine c’est le médecin qui est responsable de l’intervention ?**

Ah …complètement. C’qui est l’avantage c’est que …pour l’ambulancier et l’infirmier …enfin l’infirmier et le …ou l’ambulancier, l’avantage c’est …c’est comme ils sont moins …enfin moins …sur le papier ils sont pas responsables sauf bien sûr si par exemple si on leur demande euh…de préparer un médicament, ils se trompent de médicament ou…non, ça c’est une faute euh c’est une faute professionnelle mais euh…sinon la responsabilité c’est le médecin, oui.

**Hum hum**

Il faut qu’il l’assume hein aussi …faut pas qu’il dise euh …après une intervention c’est parce que…c’est la faute de l’ambulancier qui n’a pas fait… enfin…c’est le chef d’équipe donc là …c’est l’ambulancier qui est responsable hein !

**Euh à votre avis qu’est-ce qu’il faut comme compétence aux infirmiers et aux médecins hein pour travailler au Smur ?**

Les compétences… c’est-à-dire connaitre son travail ? …euh…

**Son travail à soi ou celui de l’autre**

Connaitre en théorie ou en pratique ? Et …déjà le …médecin il doit …c’est quoi la question déjà ?

**La question c’est qu’est-ce qu’il faut comme compétence aux infirmiers et aux médecins pour travailler au Smur ?**

Alors oui enfin euh…au niveau de la person…enfin le médecin pour qu’il se …donc … savoir faire le bon diagnostic etc. c’est euh…donc de rester euh…toujours maître de soi…et même s’il est stressé comme ça arrive à tout le monde de pas le montrer

**À qui de pas le montrer ?**

À toute euh…

**À personne ?**

À qui que ce soit

**D’accord patients comme collègues en fait ?**

Faut pas le montrer au patient bien sûr, faut pas le montrer aux collègues, faut pas le montrer aux pompiers euh…ou aux équipes de secouristes. Deuxièmement il doit montrer que … il doit montrer que …il doit montrer quand même qu’il maitrise le problème et il doit euh…donner des directives précises. Au niveau de l’infirmière, un bon infirmier au Smur est un infirmier qui…en dehors de l’aspect technique qui va …qui va euh…qui va anticiper euh qui va anticiper c’que va lui demander le médecin euh…et par exemple tiens tu pourrais faire ceci ben il a déjà préparé le matériel pour le faire parce que l’expérience lui a montré que … qu’y a 99 chances sur 100 …donc c’est l’anticipation et pour l’ambulancier c’est pareil c’est anticiper euh…anticiper c‘est si on lui demande quelque chose ben il a déjà anticipé. Le médecin, il faut qu’il soit …faut pas montrer qu’il merdouille même s’il merdouille dans sa tête mais faut pas qu’il le montre euh…et il faut qu’il soit clair dans ses directives

**Hum hum**

L’infirmier c’est euh… ben de comprendre de comprendre exactement ce qu’il se passe et d’anticiper ça c’est très confortable pour le médecin et pour l’ambulancier aussi c’est de d’anticiper ce qu’on peut lui demander.

**Euh… vous m’avez déjà parlé tout à l’heure que vous teniez compte des conseils des autres donc on ne va pas revenir dessus …**

Enfin je les écoute oui et …et souvent c’est… ça m’est utile ou ça me conforte dans ce que je pense ou des fois je leur dis non, ça c’est pas …si je trouve que c’est pas du tout bien …enfin que c’est pas …c’est pas …c’est pas une chose à faire je leur dis simplement …j’dis pas tu dis que des conneries euh je dis là non ça serait pas une bonne chose à faire ceci.

**À quoi ça sert de connaitre les compétences des autres de l’équipe ?**

Ben…ça sert à adapter son …à adapter son comportement vis-à-vis de …de l’équipe qu’il y a autour pour optimiser le travail en équipe quoi !

**Connaitre leur profil, de quoi ils sont capables en fait ?**

Oui…on adapte …oui tout à fait …certaines interventions y’a des infirmiers qui euh le temps que j’examine et tout ça ils ont déjà fait euh l’électrocardiogramme ils ont fait …parce que on le fait pas systématiquement euh …

**Donc pendant que…on sait que**

Oui donc alors que d’autres ben on sait qu’il faudra lui demander et ça sera pas fait euh ça sera pas fait si on lui demande pas …c’est le rapport humain d’une façon générale hein, c’est euh donc…enfin des hommes avec un grand H qui travaillent entre eux …on optimise le travail en tenant compte de …des comportements de chacun

**De l’individu, oui**

Ça, c’est pas particulier

**C’est vrai**

C’est partout pareil

**C’est vrai. Quelles valeurs donnez-vous aux compétences acquises par l’expérience ?**

…Ben quelle valeur, c’est-à-dire ?

**Est-ce que ça compte ou est-ce qu’on n’en tient pas compte, les acquis de l‘expérience en fait ?**

Les acquis de l’expérience c’est …(silence)

**Ça vaut ou ça ne vaut pas ?**

Ça vaut, c’est-à-dire que …il faut cumuler la connaissance …il faut cumuler donc euh l’expérience avec euh…avec ses connaissances, oui enfin…c’est-à-dire que certaines euh…certaines décisions euh…on prendra telle ou telle décision parce que on se rappelle que …au fil des années que à chaque fois que …on a vu des cas qui ressemblaient à ça c’était plutôt ça qu’il fallait faire …donc l’expérience ça apporte …ça améliore la compétence euh…la compétence du médecin et de l’infirmier aussi d’ailleurs

**Oui, il y a aussi l’expérience, il y a la sienne propre et … (me coupe la parole)**

L’expérience là aussi dans la plupart des métiers ça joue sur la compétence oui. Y’a certaines erreurs qu’on …qu’on fait parce qu’on était pas tombé sur tel cas et puis…et puis après on retombera sur quelque chose d’un peu similaire et on …on se rappellera que…on avait fait ça et c’était pas ce qu’il fallait faire …non mais c’est c’est évident que l’expérience joue…mais ça aussi de façon générale

**De façon générale oui, oui. Comment nait la confiance envers les membres de l’équipe ?**

…(silence)…

**C’est de principe ou en connaissant ? C’est une confiance absolue, on va dire de principe ou c’est en connaissant les gens ?**

On ne peut pas avoir une confiance absolue tant qu’on connait pas …tant qu’on a pas travaillé avec quelqu’un …c’est au fur et à mesure qu’on travaille avec eux. Alors …c’est sûr, dès le début y’a le relationnel …c’est aussi dans la vie de tous les jours euh…y’a des gens qu’on rencontre euh…y’a toujours des atomes crochus, ils ont l’air sympathiques …entre guillemets on est bien avec …on est bien avec eux…mais après peut-être que le …au fil des interventions qu’on fait avec eux on se dira oui bon il est sympathique mais euh…il est pas terrible-terrible sur intervention et inversement d’autres qui …où on n’a pas vraiment d’atomes crochus avec eux mais on se dit euh peut-être on a pas d’atomes crochus mais sur intervention il est quand même bien efficace et donc euh…la confiance euh…la confiance après c’est au fil des interventions qu’on fait.

**Et quand on a confiance dans un membre de son équipe, ça permet quoi ?**

Ça permet d’être plus détendu…ça permet d’être plus détendu de travailler dans une ambiance plus confortable …

**Hum hum et alors à contrario qu’entraine le manque de confiance au sein de l’équipe ?**

Et ben du stress …du stress donc c’est toujours moins confortable de travailler dans le stress …et plus y’a de stress moins euh…moins la réflexion est …est claire euh…oui, c’est ça je veux dire euh…plus on est calme plus on…peut réfléchir au …à la façon de s’occuper du patient

**Se recentrer sur le patient**

Oui

**Alors justement puisque vous parlez du stress qu’est-ce qui vous stress au travail ?**

(Bredouille) J’suis encore stressé lorsque je pars une interv...enfin …quand je pars sur une intervention euh…plus de 30 ans que je fais ça et j’suis jamais détendu euh sauf sur certaines interventions enfin certains motifs d’intervention mais euh …sur la plupart des interventions …y’a toujours un petit fond de stress. Y a toujours plus qu’un fond de stress si on vous dit c’est …y’a quelqu’un qui a sauté du troisième étage euh… du troisième étage et euh…il est inconscient, il est encore vivant etc…enfin moi je peux pas …être complètement non stressé …y’a un petit fond de stress. Si vous partez sur quelqu’un qui…qui …on vous dit tu pars euh…sur quelqu’un qu’a une douleur euh une douleur au thorax mais qui ne ressemble pas à grand-chose qui va très bien etc. bon, on est quand même moins stressé mais le …

**Le motif de l’intervention peut être source de stress ?**

Ça joue …ça joue et l’expérience …enfin moi personnellement …je parle pas des premières interventions qu’on fait hein !

**Parce que ?**

Là on est complètement stressé mais euh…je suis pas moins stressé euh…maintenant qu’il y a vingt ans hein. Alors que… alors que comme vous l’avez compris hein, y a vingt ans je travaillais dans euh…sans infirmier euh…dans des conditions moins confortables …mais j’ai toujours un fond de stress.

**Est-ce qu’il y a autre chose comme source de stress que le motif de l’intervention ?**

Non non non non non …

**Je ne sais pas, un milieu hostile ?**

Bah ici on n’a pas …non parce que…

**Ça peut être au ras ou au bord de l’autoroute quand je dis milieu hostile**

Oui, enfin non là c’est…oui la peur du suraccident ou de …non non non personnellement non

**D’accord, la pression de la famille ou le temps qui presse, il faut faire vite.**

Ah oui ça c’est… après ça c’est sur place

**Oui**

Au départ ça on le sait pas, la pression de la famille. C’est sûr, la pression de la famille …ou alors quand vous partez euh…ou alors quand vous partez euh c’est …quel que soit le motif euh…y’a à côté de lui y’a le professeur Machepro ou…c’est le père du professeur Machepro qu’est sur place euh qui euh…qui va nous foutre une pression pas possible euh…je suis médecin et je veux que vous vous en occupiez bien

**Le contexte**

Oui le contexte ou bien si vous partez sur quelqu’un de célèbre …un acteur un chanteur…ça peut mettre le str…avec la famille ou les…

**L’entourage ?**

L’entourage qui a une tête comme un melon qui …qui croit qu’en nous disant ouais c’est machin …Ils essayent de mettre la pression. Oui c’est ça …et c’est pas du tout agréable.

**Hum hum et comment vous gérez votre stress quand vous êtes dedans ?**

Ben je gère mon stress en …ben j’essaye euh…en ralentissant…en ralentissant euh en prenant mon temps pour décider ce que je vais faire euh…en prenant mon temps pour examiner euh …justement, je sais très bien c’est que …c’est quand on veut aller vite que ça …plus on veut aller vite plus ça merdouille, non mais c’est vrai ! On veut gagner cinq minutes en puis on va merdouiller euh en prenant une mauvaise décision ou en voulant perfuser et ben…si c’est moi qui doit perfuser mais bon…ou l’infirmier il va vouloir perfuser trop vite et il va commencer à merdouiller. Donc faut maitriser la pression en faisant les choses je dirais presque lentement.

**Il ne faut pas confondre vitesse et précipitation**

Oui oui oui …ça c’est …c’est clair pour moi …ne pas décider d’aller trop vite.

**Et pour conclure est-ce que vous souhaitez ajouter des éléments supplémentaires ou approfondir certains points sur le travail d’équipe au Smur ?**

Non non non j’ai …non non je dirais simplement que l’évolution de la législation qui a fait que …est devenu obligatoire qu’il y ait un médecin donc euh…form…enfin qu’il y ait un médecin formé accompagné d’un infirmier et d’un …et d’un ambulancier…qui a apporté beaucoup donc théoriquement selon la loi c’est …toute équipe de Smur doit avoir ce …

**Cette composition**

Cette composition euh…c’est une chose qui a apporté beaucoup dans l’efficacité de euh…des équipes parce que je me rappelle euh enfin y’a des internes qui venaient ici …qui venaient ici euh et qui nous racontaient par exemple ils étaient allés au …par exemple ils étaient au Smur de Fontainebleau …alors que c’étaient des internes qui étaient en formation de …

**En cours de formation ?**

En formation mais pas spécialement pour la médecine d’urgence hein et ils disaient euh…ben j’suis arrivé le premier jour on m’a montré vaguement… on m’a montré comment on pouvait perfuser, on m’a montré un peu comment euh…enfin … fallait intuber euh… enfin c’est pas en un jour qu’on apprend à intuber et puis euh … il partait…on le laissait dans la nature c’est-à-dire que… le chef de… le chef de…le responsable de urgence/Smur lui disait ben tu parts et puis si t’as un problème tu …si ça… si ça …si t’as un problème ben tu le ramènes euh tu le ramènes aux urgences …et c’était…alors là…le stress euh c’était énorme et on n’avait qu’une équipe Smur composée d’un interne de médecine et euh…parfois accompagné d’un infirmier anesthésiste mais parfois il était simplement accompagné de …d’un ambulancier et c’était…ça pouvait être euh …ça pouvait être dramatique …c’était complètement inefficace, il paniquait ou même sans paniquer ben il y arrivait pas …il savait pas…

**Il savait pas ?**

Il savait pas quoi faire et ça c’était …dans les p’tits Smur c’était …c’était très fréquent

**Hum hum**

Alors ce qu’il faisait souvent c’est que …souvent il mettait quand même un …donc un interne et un infirmier le plus souvent un infirmier anesthésiste mais…comme ça au moins tous les gestes pouvaient être faits par l’infirmier anesthésiste mais …quand du jour au lendemain vous vous retrouviez …sans avoir une grosse expérience de …des urgences vous vous retrouviez devant euh…une personne en …grosse détresse respiratoire qui commence à être …qui commence à avoir des troubles de la conscience euh…c’est pas …c’est pas évident hein !

**Oui, il faut réfléchir vite**

Il faut réfléchir

**Prendre des décisions**

Oui euh...là ça pouvait être euh ça pouvait être délétère oui. Donc pour l’instant le problème de l’application de la législation c’est que c’est beaucoup plus cher ...

**En personnel, hum ?**

Ah oui, au lieu de payer un médecin et euh …un médecin et un ambulancier euh vous payez un médecin un infirmier un ambulancier.

**Hum hum**

Et donc c’est beaucoup plus cher hein. Par exemple dans la journée y’a quatre équipes c’est quatre médecins euh…quatre infirmiers quatre ambulanciers des fois plus …les ambulanciers qui font …enfin ils sont plus mais …

**Donc ça n’arrive plus des sorties sans infirmiers par exemple ?**

Théoriquement non …

**Ah ! Théoriquement ?**

Théoriquement non …mais ça peut arriver parce que …

**Exceptionnellement ?**

Exceptionnellement parce que …y’a …donc…dans la journée y’a quatre équipes donc y’a quatre équipes d’infirmiers …enfin infirmiers ambulanciers médecins et par …y’a certains …on fait certains TIIH[[35]](#footnote-35) alors TIIH c’est des transports euh…

**Je connais**

TIIH …donc c’est un médecin euh non …

**C’est un infirmier**

C’est un infirmier qui part avec un ambulancier pour faire un secondaire euh

**Un transfert**

Donc qui est stable et euh …si à ce moment-là …quand il fait le TIIH … les deux autres équipes … (il compte sur ses doigts les équipes avec des hésitations) … y’a trois autres équipes qui sont dehors …le quatrième infirmier est en train de faire …donc on peut avoir présent à la base que le médecin

**Et l’ambulancier**

Et l’ambulancier donc ça peut arriver …alors après on…on peut toujours envoyer le …un …le cadre euh…ou euh… enfin …le cadre…ou on… on fait en sorte que lorsqu’une …enfin il part sur intervention et puis après dès qu’y a une autre équipe avec un infirmier qui se libère on …on peut faire converger

**Hum hum**

Mais c’est rarissime maintenant ces histoires-là enfin… mais ça peut arriver oui. Ou alors pour pas …ou alors dans ces cas-là il est possible…si y a pas possibilité, si c’est …si c’est le Smur de Y qui doit partir parce que c’est son secteur ben on fait partir Z à la place euh…

**Un Smur voisin**

Un Smur voisin, oui c’est une possibilité qu’on a si on veut rester dans la …(silence)

**Légalité ?**

La législation

**Autre chose ?**

Non…non non

**Eh bien merci beaucoup c’était très intéressant très riche.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XXX** | **XXX** | **Queneau** |
| Mémoire présenté en vue de l’obtention du diplôme de cadre de santé  et du master (1ère année) « cadres d’intervention en terrains sensibles » » | | |
| **La collaboration au Smur : le binôme infirmier anesthésiste et médecin urgentiste**  **Sous la direction de : X** | | |
| **Institut de formation des cadres de santé Ile de France – Sainte Anne**  **Université Paris Nanterre** | | |
| ***Résumé* :**  L’excellence est attendue de chaque professionnel de santé à l’hôpital comme en dehors. Les équipes pré hospitalières composées d’un médecin urgentiste, d’un infirmier ou infirmier anesthésiste et d’un ambulancier doivent unir leurs efforts pour parvenir à soigner des patients parfois gravement atteints par la maladie ou par des blessures ; et ce quel que soit le contexte.  Le bon fonctionnement d’une équipe, nécessaire à la qualité des soins, peut être variable. Plusieurs facteurs déterminent sa dynamique et l’un d’entre eux est la connaissance mutuelle des coéquipiers. Dans quelle mesure la connaissance réciproque des compétences entre médecin urgentiste et infirmier anesthésiste facilite-elle leur collaboration au sein d’un Smur ?  Ce mémoire propose d’étudier la collaboration des équipes pré hospitalières par un travail d’enquête sur le terrain réalisé sous forme d’entretien auprès des acteurs concernés par cette question. Cette recherche vise à connaitre leurs interactions professionnelles et sociales au travail : en intervention comme « à la base ».  L’analyse des réponses obtenues montre que la connaissance des compétences de l’autre équipier a autant d’importance que la qualité des relations interpersonnelles pour collaborer. | | |
| ***Mots clés* (thésaurus BDSP) :**  Collaboration – équipe – compétences – Smur – infirmier anesthésiste | | |
| ***L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*** | | |

1. Psychologue clinicienne, doctorante de psychologie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Professeur de psychologie clinique. [↑](#footnote-ref-2)
3. Professeur de psychologie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Psychologue de l'éducation est cité par Brahimi, C. (2011) p 27. [↑](#footnote-ref-4)
5. Docteur d'État en lettres et sciences humaines et docteur de sociologie. Cité par Lateurtre-Zinoun, M. (2012) p 4. [↑](#footnote-ref-5)
6. Le Boterf cité par Brahimi, C. (2011) p 27. [↑](#footnote-ref-6)
7. Maître d'enseignement et de recherches de didactique des mathématiques à l'Université de Genève. [↑](#footnote-ref-7)
8. Professeur des universités en formation des adultes. [↑](#footnote-ref-8)
9. Cadre supérieure de santé à l’Institut de formation des cadres de santé à Brest. [↑](#footnote-ref-9)
10. Annexe I. [↑](#footnote-ref-10)
11. Professeure émérite de psychologie appliquée à l'Université d’Aberdeen en Ecosse. [↑](#footnote-ref-11)
12. Médecin urgentiste et formateur en simulation médicale. [↑](#footnote-ref-12)
13. Un des pères fondateurs de l'ergonomie. [↑](#footnote-ref-13)
14. Agrégé de philosophie et neuropsychiatre, est un psycho-sociologue, un psychopédagogue. [↑](#footnote-ref-14)
15. Psychiatre et professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à la faculté de médecine de Montpellier. [↑](#footnote-ref-15)
16. Professionnelle de recherche. [↑](#footnote-ref-16)
17. Cité par l’office fédéral de la santé publique suisse. [↑](#footnote-ref-17)
18. Doctorante en sciences de l'éducation. [↑](#footnote-ref-18)
19. Psycho-sociologue. Citée par Mucchielli dans : *Le travail en équipe* p 43. [↑](#footnote-ref-19)
20. Dominique Picard est psycho-sociologue. Edmond Marc est professeur émérite des universités en psychologie. [↑](#footnote-ref-20)
21. Médecin à l’origine de la première école d’infirmière à Paris en 1878. [↑](#footnote-ref-21)
22. Annexe II. [↑](#footnote-ref-22)
23. Annexe III [↑](#footnote-ref-23)
24. Partir en intervention [↑](#footnote-ref-24)
25. Limitation et arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s) en réanimation. [↑](#footnote-ref-25)
26. Administration de sédatifs et d’antalgiques pour apaiser le patient. [↑](#footnote-ref-26)
27. Une veine. [↑](#footnote-ref-27)
28. Afin de demander les renforts adéquats. [↑](#footnote-ref-28)
29. Les professionnels du Smur. [↑](#footnote-ref-29)
30. Partie de la médecine consacrée à soigner les blessures, les suites d'accidents. [↑](#footnote-ref-30)
31. Le stress. [↑](#footnote-ref-31)
32. Brigade des sapeurs-pompiers de Paris [↑](#footnote-ref-32)
33. Guidage par satellite [↑](#footnote-ref-33)
34. Électrocardiogramme [↑](#footnote-ref-34)
35. Transport infirmier interhospitalier [↑](#footnote-ref-35)