

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **Le rôle des cadres de santé SAMU/SMUR lors des interventions exceptionnelles**

Emmanuel DINOT

**DCS@15-16**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

## LEXIQUE

ACEL Accident Catastrophique à Effet Limité

COS Commandant des Opérations de Secours

CRRRA Centre de Régulation et de Réception des Appels

CUMP Cellule médico psychologique

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DOS Directeur des Opérations de Secours

DSM Directeur des Secours Médicaux

FPH Fonction Publique Hospitalière

ORSAN Organisation de la Réponse du Système de santé en situation Sanitaire exceptionnelle

PMA Poste Médical Avancé

PSM Poste Sanitaire Mobile

RETEX Retour d'Expérience

RMM Revue de Morbi-Mortalité

SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence

SDIS Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSE Situation Sanitaire Exceptionnelle

SSSM Service de Santé et de Secours Médical

## REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur Patrick Farnault qui a su me guider dans l'élaboration de ce travail avec toute la bienveillance qui le caractérise.

Je remercie aussi tout le personnel de l'Ecole Supérieure Montsouris pour leur accompagnement tout au long de l'année.

Je remercie beaucoup Barbara Mantz, Delphine Mormand, Stéphane Dupuis, Pascal Fourniès, Bruno Garrigue, Patrick Lagron et Vincent Lebreton pour avoir eu la gentillesse de répondre à mes questions et d'avoir trouvés le temps de me recevoir.

Enfin merci à mon épouse et à mes fils pour m'avoir soutenu et supporté jusqu'au bout malgré les difficultés d'organisations.

# SOMMAIRE

LEXIQUE.....	1
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
1.1 Réflexion initiale .....	3
1.2 Le Contexte :.....	3
<b>2 EMERGENCE DE L'IDEE DE DEPART : .....</b>	<b>7</b>
2.1 Le questionnement initial : .....	7
<i>Les professionnels concernés :.....</i>	<i>8</i>
2.2 Le tour d'horizon exploratoire :.....	9
2.2.1 <i>Les entretiens :.....</i>	<i>9</i>
2.2.2 <i>Les questionnaires exploratoires:.....</i>	<i>10</i>
<b>3 LA PROBLEMATIQUE : .....</b>	<b>11</b>
<b>4 LE CADRE CONCEPTUEL : .....</b>	<b>13</b>
4.1 Les plans de secours.....	13
4.2 Le plan blanc :.....	14
4.3 Le plan rouge .....	15
La catégorisation des victimes :.....	17
4.4 Le rôle du cadre de santé.....	20
4.4.1 <i>L'encadrement en lien avec la situation.....</i>	<i>20</i>
4.4.2 <i>Le concept théorique.....</i>	<i>23</i>
4.4.3 <i>La définition du métier de cadre de santé.....</i>	<i>25</i>
4.4.4 <i>Le rapport de la mission cadre de santé : .....</i>	<i>26</i>
4.4.5 <i>« Du point de vue de la psychologie sociale ».....</i>	<i>27</i>
4.4.6 <i>La légitimité du cadre .....</i>	<i>27</i>
<i>« Du point de vue sociologique ».....</i>	<i>27</i>
4.4.7 <i>La communication de crise .....</i>	<i>28</i>
<i>Les principes de base de la communication en situation de crise .....</i>	<i>31</i>
4.4.8 <i>Le « lien invisible » et la mission de soutien.....</i>	<i>33</i>
4.4.9 <i>La notion de proximité.....</i>	<i>34</i>
4.4.10 <i>La certification.....</i>	<i>35</i>

<b><u>5</u></b>	<b><u>LA METHODE DE RECHERCHE</u></b>	<b>36</b>
5.1	La population choisie.....	36
5.2	L'outil retenu.....	37
<b><u>6</u></b>	<b><u>L'ANALYSE :</u></b>	<b>37</b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>SYNTHESE</u></b> .....	<b>49</b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>LIMITE DE CE TRAVAIL :</u></b>	<b>55</b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>56</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Webographie**

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Réflexion initiale

Tout au long de ma carrière de soignant, j'ai côtoyé de nombreux cadres. Tout d'abord « surveillant » puis « cadre infirmier » pour enfin devenir « cadre de santé ». Quel que soit leur titre, il me semble, que bien que leurs missions aient évolué, que le cœur de leur travail soit resté assez semblable : ils restent les leaders de leur équipe, ils diffusent et relaient l'information et possèdent un rôle décisionnaire important au sein de leurs équipes.

Malgré tout, observer le travail d'un cadre n'est pas chose aisée. Il évolue, certes, parmi ses collègues soignants mais son « territoire » est quelque peu différent. Ses missions, sensiblement différentes, l'obligent à être souvent en mouvement, pas toujours dans les lieux fréquentés par les soignants. Cette apparente absence peut être ressentie par les autres acteurs du service comme un problème et ne facilite pas la reconnaissance du travail du cadre ni la compréhension de son travail par les soignants du service. La méconnaissance de ce travail, je l'ai tout d'abord ressentie comme soignant, avant de m'intéresser à ce que faisait « le cadre de santé ».

## 1.2 Le Contexte :

En 1955 furent créés en France des équipes mobiles d'intervention qui avaient pour but d'assurer des soins médicaux aux victimes de la route. Dès 1965, le dispositif s'étoffât sur le territoire et un décret interministériel créa officiellement les Service Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Un organe de régulation fut créé en 1968 sous la forme d'une structure d'appel, le centre 15, au sein d'un service d'aide médicale d'urgence (SAMU). En 1978, un numéro d'appel unique pour les urgences médicales est instauré : le 15.

Le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) est présent sur chaque département Français. Son rôle est d'assurer la régulation médicale et

l'organisation des secours médicaux sur le département. Il coordonne la permanence des soins d'urgences et les secours médicaux pré-hospitalier. La structure du SAMU est rattachée à un centre hospitalier, elle héberge le Centre de Régulation de Réception des Appels (le CRRA : le centre 15) et l'administration du service. Le SAMU dispose d'organes fonctionnels pour assurer les interventions auprès des patients : les services mobiles d'urgence et de réanimation.

Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont répartis géographiquement et stratégiquement sur le département. Ils assurent les interventions sur leur zone d'intervention, pour le SAMU. Ils disposent de matériels et de véhicules adaptés à leur fonction et de personnel médical et paramédical. Comme le SAMU, le SMUR est rattaché à un hôpital et sa structure organisationnelle est semblable à celle d'un service de soin classique (chef de service, cadre de santé, médecins, soignants, ambulanciers...).

Lors d'une intervention, les acteurs en présence sont généralement : les Sapeurs-Pompiers, le SMUR et parfois les forces de police :

- Arrivés sur place en premier (c'est le prompt secours à personne) les sapeurs-pompiers demandent le déplacement d'un moyen médicalisé (SMUR) si l'état de la victime le nécessite. A cette phase, le commandement est assuré par le chef d'agrée<sup>1</sup> du véhicule des Sapeurs-Pompiers.
- Dès l'arrivée du SAMU sur place, c'est le médecin du SMUR qui prend la responsabilité de la prise en charge médicale du patient et donc de l'ensemble de l'intervention médicalisée. Celle-ci s'effectue alors conjointement entre les deux services qui doivent travailler en étroite collaboration.

Dès lors qu'il s'agit d'une situation exceptionnelle, le commandement ne peut plus alors être assuré par le médecin du SMUR ou le chef d'agrée Sapeurs-Pompiers.

---

<sup>1</sup> Agrée : Véhicule armé par un équipage composé de sapeurs-pompiers.

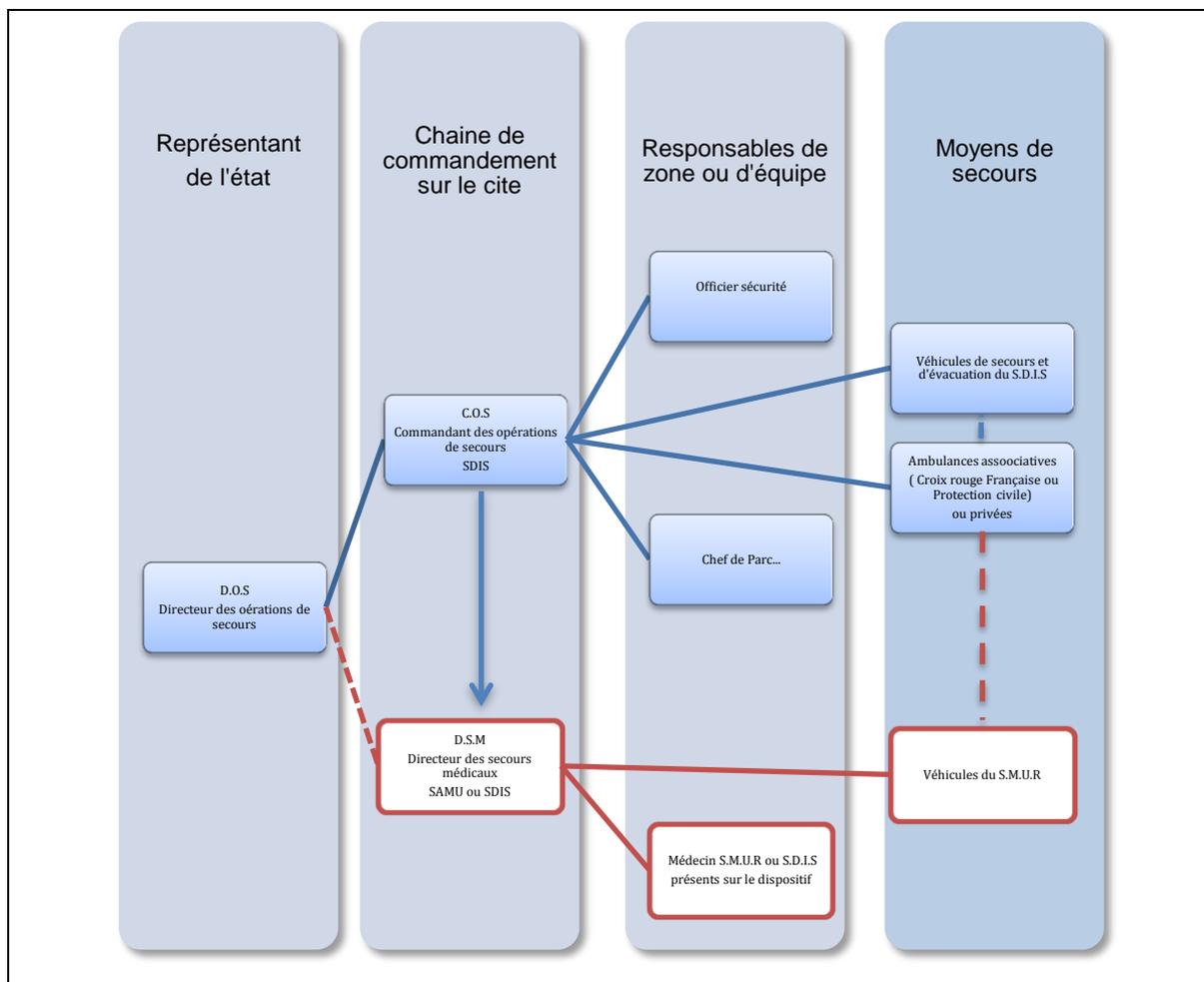
De nombreuses autorités, internes aux services de secours (officiers et sous-officiers Sapeurs-Pompiers, cadre SAMU, médecins responsables, officiers de police...) vont alors être dépêchées sur place pour assurer la gestion de leurs hommes et prendre la mesure des actions à entreprendre. Parmi ces cadres, certains vont prendre des responsabilités plus précises tel que :

- Le Commandant des opérations de secours (COS) : fonction assurée par les Sapeurs-Pompiers. Il s'agit d'un officier ou d'un sous-officier qui prend la direction des opérations de secours. Il répartit les moyens et coordonne l'activité en accord avec le directeur des secours médicaux. Il commande les moyens de secours et de sécurité.
- Le directeur de secours médicaux (DSM) : fonction généralement assurée par un médecin SAMU et parfois par un médecin Sapeur-Pompier. Il est responsable des secours médicaux sur le site. Il est en étroite relation avec la régulation du SAMU, lequel est informé de l'évolution de la situation. Le DSM organise l'évacuation des patients en accord avec le SAMU qui en détermine la destination suivant les disponibilités de places et l'état du patient. Il organise la chaîne médicale et les transports médicalisés. Le DSM est placé, comme le reste du dispositif, sous le commandement du COS. Néanmoins leur relation, du fait de la spécificité de leurs champs de compétences, relève plus de la collaboration.

Suivant l'importance du dispositif de secours, il peut aussi y avoir :

- Le directeur des opérations de secours (DOS) : Fonction assurée par un représentant de l'état (par exemple : le maire ou le préfet en fonction de la zone concernée). Si un directeur est désigné, il assure alors le commandement du dispositif.
- D'autres responsabilités telles que : officier sécurité, chef du parc véhicules... Ces fonctions sont assumées par les Sapeurs-Pompiers.

## Organisation de la chaîne de commandement sur les lieux de l'intervention



### Organisation par le SDIS

\_\_ Liaison hiérarchique et fonctionnelle

→ Liaison hiérarchique et de collaboration

### Chaîne médicale

\_\_ Liaison hiérarchique et fonctionnelle

- - - Liaison de collaboration

Le cadre de santé SAMU/SMUR, s'il est présent sur place, se situe au niveau de la chaîne de commandement SAMU. Il peut intervenir au niveau des responsables d'équipes en permettant de faciliter le travail du DSM. Il trouve une place, tout

comme les cadres Sapeurs-Pompiers ou de la Police Nationale dans l'organisation exclusive de son service et dans son domaine de compétence.

### Schématisation du parallèle encadrement SAMU/SMUR et SDIS :

SAMU -> Médecin chef de service -> Cadre de santé-> Equipes.

SDIS -> Directeur départemental SDIS-> Officiers, Sous-officiers-> Sapeurs.

Le service d'incendie et de secours d'un département dispose d'un service de santé et de secours médical (SSSM) qui répond à la même logique et qui peut intervenir sur les lieux d'une intervention et s'intégrer au schéma présenté ci-dessus.

SSSM -> Directeur départemental du SDIS-> Médecin chef -> Cadre de santé ou infirmier d'encadrement du service -> infirmiers du SDIS.

## **2 EMERGENCE DE L'IDEE DE DEPART :**

### **2.1 Le questionnement initial :**

Après plusieurs années en travaillant en tant que soignant, j'ai eu l'impression de mieux gérer mon organisation professionnelle. Les années aidantes, mon travail se faisant plus « automatique » me laissa plus de temps pour observer l'activité du cadre. Le fait d'être, au plus près, de ce que faisait réellement le cadre de santé m'a permis de mieux appréhender son environnement. Pendant quelques années, j'ai pu me familiariser avec ce que je percevais du travail de cadre, je reconnaissais ses missions, comprenais ses absences et compatissais même à ses difficultés d'organisation.

Ma carrière professionnelle prenant un nouveau tournant, j'ai orienté ma carrière vers la prise en charge pré-hospitalière des patients. J'ai donc de nouveau eu l'occasion de travailler avec un autre cadre de santé, dans ce milieu si particulier

qu'est le service d'aide médicale d'urgence. L'organisation de ce type de structure est totalement différente de celle d'un service plus classique de l'hôpital. On n'y croise aucun patient alors que de nombreux soignants sont présents, pas de visite ou de contre visite et pas de transfert ou d'accueil de patients au sein du service. Une autre grosse différence consiste en l'extériorisation des soins et des soignants. Les patients sont bien pris en charge médicalement, mais loin de la structure de régulation et de contrôle. De ce fait, le cadre de santé d'un service comme le SAMU/SMUR n'est pas au contact des soignants, alors que ceux-ci réalisent des actes techniques souvent complexes et dans des situations délicates voir dégradées. Comment le cadre peut donc-t-il être encore responsable de la qualité des soins sans n'être jamais présent pendant leurs réalisations ? Comment fait-il pour évaluer les pratiques, a-t-il recourt à des audits ou observe-t-il ses agents sur leur lieu d'exercice? Quelles techniques a-t-il mis au point pour adapter sa fonction à ce milieu d'exercice ? Exerce-t-il le même management qu'à l'hôpital ? Toutes ces questions, je me les suis posées depuis que j'exerce mon métier auprès de ces cadres de proximité, au sein d'un service d'urgence médicale pré hospitalière. J'ai donc décidé d'entreprendre des recherches en ce sens, pour tenter de comprendre quelles étaient les particularités de ce travail. J'en ai donc conclu que ma question de départ pourrait être :

**Il y a-t-il une plus-value à la présence du cadre de santé SAMU/SMUR lors d'une intervention exceptionnelle et quelles sont les techniques ou outils managériaux qu'ils utilisent sur place?**

#### Les professionnels concernés :

La problématique initiale de ce mémoire ne concerne que les cadres de santé affectés dans un établissement siège de SAMU. En effet, les cadres responsables d'unités fonctionnelles SMUR « seuls » ne sont pas des personnels SAMU, ils

dépendent de l'établissement hospitalier qui héberge le SMUR. La régulation des SMUR est assurée par le SAMU qui est l'organe « pilote » de l'aide médicale urgente du département et c'est à ce titre qu'il « dirige » les opérations. Les cadres de santé SAMU/SMUR sont des personnels appartenant à la structure SAMU, qui gère aussi un SMUR, dans leurs établissements d'affectation.

Je ne vais prendre en compte que les cadres qui travaillent dans un service SAMU/SMUR, qui sont à la fois confrontés aux problèmes d'organisation et de gestion du SMUR et du SAMU. C'est à ce titre qu'ils peuvent être « projetable » sur les lieux d'une intervention importante.

## **2.2 Le tour d'horizon exploratoire :**

### **2.2.1 Les entretiens :**

Pour me conforter dans cette idée, il fallait que je vérifie mon idée de départ. Est-ce que tous les cadres de SAMU/SMUR d'île de France se déplaçaient en intervention ? Est-ce qu'ils y allaient bien « en tant que cadre » ou tout simplement en tant que soignant, pour aider leurs agents pendant une période difficile ?

J'ai donc pris contact avec plusieurs cadres SAMU/SMUR d'île de France. Lors de ce contact téléphonique, je leur ai posé cette question « vous arrivent-ils de vous déplacer sur une intervention, y allez-vous en tant que manager ? »

Devant l'unanimité des réponses, et devant l'apparente validation de mon idée de départ, j'ai eu la confirmation que ma problématique ne reposait pas sur une ou deux situations particulières de cadre mais plutôt sur le contexte dans lequel ils exerçaient. En effet, les cadres de santé contactés m'ont confirmé qu'ils quittaient parfois le SAMU pour se rendre sur une intervention. Ils m'ont exposé ce qui selon eux était « spécifique à leur métier », particulier à leur service.

### 2.2.2 Les questionnaires exploratoires:

Pour confirmer leurs dires et avant d'envisager une analyse plus approfondie, j'ai demandé à trois d'entre eux de répondre à deux questions par des réponses courtes, de manière à vérifier la pertinence de mes interrogations (Questionnaire annexe 1).

Je tiens à remercier les cadres de santé concernés d'avoir bien voulu répondre à mes questionnaires exploratoires. En effet, le contexte d'insécurité actuel depuis les attentats du 13 Novembre 2015, majoré par le risque d'attentat et la tension palpable interne aux services de secours et de sécurité n'a pas empêché les trois cadres de santé SAMU/SMUR de répondre à mes demandes (questionnaires envoyés en Novembre/ Décembre 2015, quelques jours après les attentats de PARIS).

#### Question 1:

Pour vous, il y a-t-il une plus-value à la présence du cadre de santé SAMU/SMUR lors d'une intervention exceptionnelle?

#### Question 2:

Quelles sont les techniques ou outils managériaux que vous utilisez sur place, avec vos équipes ou les autres intervenants?

**A la question n°1 :** Pour vous, y a-t-il une plus-value à la présence du cadre dans ce contexte ?

- Les trois professionnels interrogés ont répondu par l'affirmative. Ils soulignent que le cadre a un rôle de coordination sur place, d'interface entre les différents services, que son expérience de terrain doit lui permettre de fluidifier l'organisation pour éviter l'inertie et faciliter l'évacuation des victimes le plus rapidement possible.
- Il doit faire en sorte d'être un rouage reconnu et fiable. Sa légitimité doit lui permettre de faciliter la mise en œuvre des décisions du directeur des opérations de secours (COS) et du directeur des secours médicaux (DSM).

- Sa connaissance des plans de secours et de l'organisation des différents services sur le terrain participe à l'intégration des équipes sur le dispositif dans de bonnes conditions.

**A la question n°2 :** Quelles sont les techniques ou outils managériaux que vous utilisez sur place, avec vos équipes ou les autres intervenants?

- Le management: les idées qui reviennent le plus ont trait au style de management (participative, mais plus directif que d'habitude), au rôle de fédérateur pour assurer la cohésion de son équipe, de « leadership » dans son ensemble (expertise en logistique, en transmission, d'écoute et de communication).
- Les outils de management du quotidien, adaptés à la situation: gestion du temps, gestion prévisionnelle des besoins et moyens, rôle d'agent de liaison et de porte-parole auprès des autres services de secours...
- Un rôle d'observateur actif, de relai entre la régulation du SAMU et les différents intervenants. *Le cadre doit être les yeux de la régulation, lui permettre de « sentir l'ambiance sur place ».*

### **3 LA PROBLEMATIQUE :**

Il me paraît tout d'abord important de définir ce qu'est une situation exceptionnelle, en effet, les cadres se déplacent-ils lors d'intervention « mineures », sans caractère particulier, ou participent-ils seulement aux interventions majeures ?

Selon le dictionnaire, LE ROBERT, « *exceptionnel se dit de ce qui est hors de l'ordinaire, de par sa valeur ou sa qualité. Extraordinaire* ».

Le guide du plan blanc et de la gestion de crise de la DHOS propose une échelle de classification :

- **Incident mineur :** Une ou plusieurs victimes légèrement atteintes ; Peu ou pas de blessé grave.

Dégâts matériels peu importants, sans arrêt de l'activité ni action médiatique locale.

- **Incident majeur ou accident grave** : Une ou plusieurs victimes gravement atteintes ; Un décès, dégâts matériels importants mais sans interruption de l'activité.

Impact limité sur le personnel, impact extérieur limité, présence médiatique.

- **Événement catastrophique** : Nombreuses victimes gravement atteintes ; Plusieurs décès.

Destruction partielle, voir totale d'un site ; perte d'activité prolongée, impact sur la totalité du personnel.

Impact national. Avenir du site compromis.

Campagne médiatique nationale, déstabilisation d'un ou plusieurs établissements (par exemple : explosion de l'usine AZF à Toulouse).

La catastrophe est, quant à elle, définie par la survenue de phénomènes aléatoires, de faible fréquence et de gravité importante. Elle est inattendue et entraîne une situation pour laquelle il y aura temporairement une inadéquation entre les moyens de secours immédiatement disponibles et les besoins en secours.

Je vais donc considérer que l'occurrence de ce type d'intervention est faible, dans des circonstances exceptionnelles et parfois dans un contexte difficile. Les équipes ne rencontrent ces situations que quelques fois par an, néanmoins leurs caractères « sensibles, exceptionnelles et potentiellement traumatisantes » justifient, semble-t-il, le déplacement de responsables des différents services et du cadre de santé des équipes pré hospitalières du SAMU en particulier.

Je prendrai donc pour définition d' « exceptionnelle » dans ce travail, tout ce qui concerne les interventions relativement rares, qui implique de nombreuses victimes et qui peut avoir un retentissement dépassant les limites de l'intervention, tant sur le plan médiatique qu'humain (par exemple : accident de la voie publique ou incendie impliquant de nombreuses victimes, incident sanitaire grave dans un collège...).

La fréquence de déplacement de ces cadres SAMU/SMUR est donc difficile à prévoir, comme toutes les activités de ce service. Néanmoins, on peut considérer que ces opportunités se représentent tout de même plusieurs fois par an.

## **4 LE CADRE CONCEPTUEL :**

### **4.1 Les plans de secours**

Il existe, en France plusieurs types de plan d'envergure<sup>2</sup> qui prévoient la mise en place de moyens et de procédures en cas d'événements majeurs tel que les tremblements de terre, les attentats, les grands accidents de la circulation et plus généralement, les situations engendrant un grand nombre de victimes. Les moyens mis en œuvre lors de ces plans de secours dépendent de l'événement et de la durée de celui-ci. Les moyens de la sécurité civile (Sapeurs-Pompiers, Unités militaires de la Sécurité Civile, associations secouriste comme la Protection Civile ou la Croix Rouge) sont mis à contribution. A leur côté, le ministère de l'intérieur déploie ses effectifs (la police Nationale) et le ministère de la défense engage des moyens militaires pour appuyer les forces de police. En plus de la composante « sécurité et secours à personne », se met en place la prise en charge sanitaire médicale des victimes avec l'intervention du SAMU et la montée en puissance des structures hospitalières de la zone concernée.

L'encadrement du SAMU, dont fait partie le cadre de santé du service, est donc directement concerné par la mise en œuvre de ces plans, que nous allons détailler, tant sur le plan opérationnel (pendant l'événement) qu'en amont (pour préparer le service à être opérationnel le moment voulu).

Pour comprendre le cadre opérationnel de cette organisation et situer le cadre de santé SAMU/SMUR dans ce contexte, il est utile de détailler deux des plans les plus courants mis en œuvre actuellement.

---

<sup>2</sup> Piratox, Biotox, Canicule/ grand froid, Vigipirate...

Le « plan blanc » pour les hôpitaux et le « plan rouge » pour le dispositif extra hospitalier sont les plans de secours les plus impactant pour le cadre de santé SAMU/SMUR. Par choix, l'analyse du contexte ne fera apparaître que l'organisation de ces deux plans particulièrement importants pour le cadre de santé. Son rôle d'amont, d'aval et lors de la situation de crise me semble plus important dans la mise en œuvre ou la préparation de ces deux plans de secours.

L'adéquation du plan blanc et du plan rouge permet d'éviter de « transporter » la catastrophe du lieu du drame vers l'hôpital et de conserver le maximum de la qualité des soins. Cette politique d'organisation des secours en cas de crise extrahospitalière est une stratégie spécifiquement Française.

#### **4.2 Le plan blanc :**

Le plan blanc a pour objectif de réorganiser les soins et l'hôpital pour pouvoir accueillir les victimes de la catastrophe. Il est réglementé par la loi n° 2004-806 articles L 3110-7 à L 3110-10 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Il fait partie intégrante du plan ORSAN (Organisation de la Réponse du Système de santé en situation Sanitaire exceptionnelle)<sup>3</sup>. C'est un dispositif national de coordination régionale mis en place en 2014, il intègre les plans blancs qui sont définis pour chaque structure hospitalière. « *Le plan blanc permet aux établissements hospitalier de mobiliser immédiatement les moyens de toutes natures dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation exceptionnelle* » (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art.20).

Le plan blanc formalise ce que sera l'organisation de la structure hospitalière en cas de crise. Il se présente sous forme de fiches opérationnelles, par fonction.

---

<sup>3</sup> Le plan ORSAN est composé de l'ensemble des plans suivants : Le plan *Orsan* comporte cinq volets :  
ORSAN AMAVI : accueil massif de victimes non contaminées ;  
ORSAN CLIM : prise en charge de nombreux patients à la suite d'un phénomène climatique ;  
ORSAN EPI-VAC : gestion d'une épidémie ou d'une pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé ;  
ORSAN BIO : prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent ;  
ORSAN NRC : prise en charge d'un risque nucléaire, radiologique ou chimique.

Elles déterminent les actes et procédures à mettre en œuvre, le plus rapidement possible en cas de besoin. C'est le directeur ou le responsable de l'établissement qui décide de la mise en œuvre du plan blanc sur son hôpital. Le plan blanc concerne tout le personnel de l'hôpital, administratif et soignant, et constitue le socle légal permettant, en de telles circonstances, de rappeler tout le personnel nécessaire à son poste. Il est transmis au représentant de l'état dans le département, au directeur de l'ARS et au SAMU. Au cours d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), le plan blanc peut prendre la dénomination de « plan blanc élargi », plusieurs hôpitaux sont alors concernés.

Lors des attentats du 13 novembre, la disposition ORSAN AMAVI a été activée par le ministère de la santé.

Depuis ces événements, la ministre de la santé a annoncé que l'ensemble des hôpitaux devra actualiser leur dispositif plan blanc en anticipant l'accueil massif de blessés par armes de guerre, « *Il s'agit d'intégrer le principe du damage control : tri hospitalier, identification des victimes et organisation de la prise en charge médicale urgente* ».

### 4.3 Le plan rouge

Nouvellement renommé plan ORSEC NOVI<sup>4</sup>, le plan rouge est le terme qui désigne l'organisation des secours à l'occasion d'une catastrophe ou d'une intervention à victimes multiples. La désignation ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) précise qu'il s'agit d'un des plans gouvernementaux d'organisation des secours en France. L'acronyme NOVI (NOmbreuses VICTimes) souligne le caractère multiple des victimes. Le plan rouge a été intégré à la disposition ORSEC NOVI par le décret 2005/1157 du plan ORSEC de 3ème

---

<sup>4</sup> Loi de modernisation de la sécurité civile loi 2004-811 du 13 août 2004

génération par la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. Dans l'imaginaire collectif, « le plan rouge » reste le terme consacré aux situations catastrophiques extrahospitalières, cela justifie encore l'utilisation courante de ce terme.

Le plan rouge est conçu pour remédier aux conséquences d'un accident catastrophique à effet limité (ACEL) et pour protéger les hôpitaux de l'afflux de victime. Il permet de gérer la situation sur les lieux de la catastrophe et d'éviter l'engorgement des urgences hospitalières les plus proches. A cette fin, il utilise deux structures de « filtrage », l'une sur le site et l'autre au SAMU :

- Le poste médical avancé (PMA) : Son établissement sur le site n'est pas systématique, elle dépend de l'ampleur de l'événement. Le PMA permet de trier les victimes selon une classification de gravité adaptée aux situations de crise. Le personnel SAMU et SDIS affecté au PMA a pour objectif de stabiliser au mieux les victimes en attendant leurs évacuations vers les différentes structures hospitalières.
- La régulation du SAMU : Elle permet de rechercher les places les plus adaptées aux pathologies des victimes. Un médecin régulateur, spécialement affecté à cette tâche, est chargé d'obtenir l'accord des médecins « receveurs » avant le transport et d'aiguiller les évacuations partantes du PMA vers les structures concernées.

Selon l'ampleur de l'événement ou le nombre de victimes, il peut être mis en place un point de regroupement des victimes (PRV). Il n'a pas pour fonction de permettre le tri des victimes mais plutôt d'éviter que les impliqués ou les blessés légers ne s'éparpillent dans la nature. Le recensement de tous les impliqués facilite la prise en charge administrative et la prise en compte de ceux-ci par la cellule d'urgence médico- psychologique (CUMP) déclenchée par le SAMU.

## La catégorisation des victimes :

Que ce soit au PMA ou à tous les niveaux de la prise en charge (relevage/brancardage ou évacuation sanitaire), l'équipe médicale évalue l'état de santé du patient. Cette catégorisation a pour but de faciliter l'organisation des secours, au regard de la gravité des victimes :

### **Catégorisation civile pour les accidents et catastrophes à effets limités (ACEL) :**

- Les Urgences Absolues (UA) :
  - Gestes de réanimation ou chirurgicaux urgents, sans délais.
  - Evacuation médicalisée prioritaire.
  
- Les Urgences Relatives (UR) :
  - Traitement simple, stabilisation des lésions.
  - Evacuation non médicalisée « différable ».

### **La catégorisation militaire inclut une autre classe de victime :**

- Les urgences Dépassées (UD) :
  - Situation rare dans le domaine civil.
  - Regroupement des victimes dont l'état est extrêmement grave, avec pas ou peu de chance de survie. Cette classification est appliquée pour faire face à un afflux très important de blessés, il privilégie les victimes les moins atteintes pour pouvoir sauver le plus de patients, au regard des moyens médicaux disponible (par exemple : les victimes en état de mort apparente ne sont pas réanimées...).

Les autres victimes :

- Les décédés.
- Les impliqués : Ils ne présentent pas de blessure physique mais vont être pris en charge pour d'autres services du dispositif.
  - Relogement ou regroupement par les mairies, les associations.
  - Prise en charge des traumatisés psychologiques par la cellule d'urgence médicaux-psychologique (CUMP).

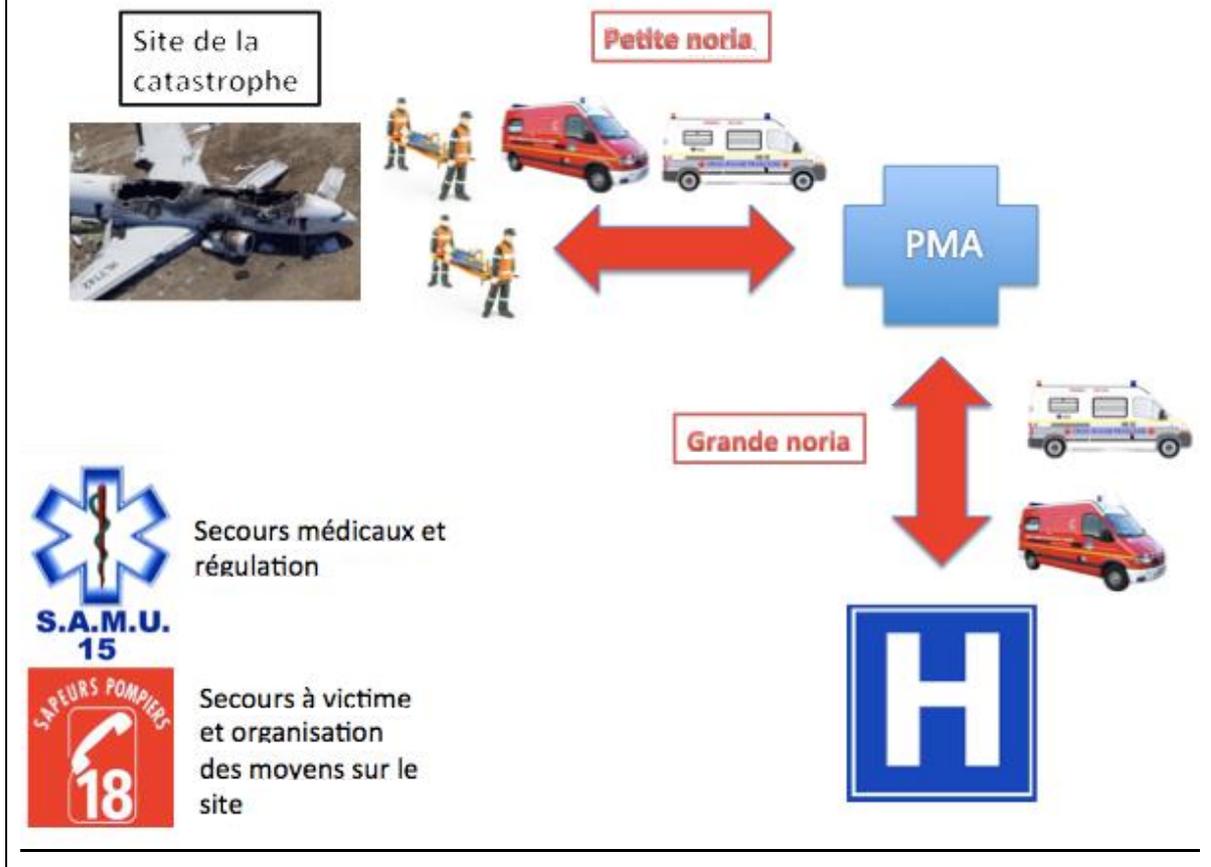
Bien sûr, toute cette organisation reste théorique. L'organisation des secours dans les situations exceptionnelles sera dépendante de la situation.

Par exemple, pour la première fois en France, le plan rouge ALPHA (catastrophes multi-sites) a été activé pour les attentats de Paris du 13 Novembre 2015. Ce concept tactique implique un triage médical, le « *damage control* » pré hospitalier, une médicalisation uniquement des urgences absolues le nécessitant et le transport rapide vers les centres hospitaliers. Cette situation particulière implique le transport rapide d'un blessé grave, directement vers un centre hospitalier adapté à ses blessures, sans passer par un PMA. Depuis 2 ans, le SAMU 75 et les Sapeurs-Pompiers de Paris ont développé des protocoles de traitement des blessés par balles et des exercices pratiques de prise en charges ont été menés pour mettre en œuvre le concept de « *damage contrôle* »<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Lancet 2015 « The medical response to multisite terrorist attacks in Paris » p 2536, vol 386

## Organisation de la chaîne médicale de l'avant :



## Installés sur place :

SAMU et SDIS permettent :

- le « Tri » des urgences absolues et relatives et débutent ensemble les soins médicaux
  - Sur le site : catégorisation des victimes (UA, UR).  
Mise en condition simple.  
Evacuation rapide vers le PMA.  
Si la situation le demande : « Méthode du Damage Contrôle ».
  - Au PMA : Stabilisation de l'état de santé des victimes.  
Mise en condition pour le transport vers l'hôpital.
- Evacuation contrôlée des victimes vers les hôpitaux.
  - Organisation du flux représentée par la cohorte de moyens de transports (Sapeurs-Pompiers, SAMU, ambulances).

*La petite noria* : du site vers le PMA.

*La grande noria* : du PMA vers l'hôpital de destination indiqué par le SAMU.

Selon le schéma de l'organisation des secours sur les lieux de l'intervention, le cadre de santé SAMU pourrait donc se situer :

A l'avant :

- Au niveau du site : assistance du directeur médical en cas de besoin, orientation et organisation des paramédicaux et de la chaîne médicale.
- Au niveau du PMA : participation à l'organisation général du PMA.

A l'arrière :

- Au niveau de la régulation du SAMU, à l'hôpital : gestion des moyens engagés avec le médecin régulateur, rappel d'effectif supplémentaire, aide à la régulation pour assurer la continuité du service d'aide médicale urgente (activité non concernée par la situation de crise). Gestion de la rotation des effectifs au cas où l'événement serait amené à durer dans le temps.

## 4.4 Le rôle du cadre de santé

### 4.4.1 L'encadrement en lien avec la situation

L'encadrement de terrain peut être spécifique. Il demande bien sûr des compétences managériales communes à tous les cadres de santé, de par leur formation initiale, mais qui doivent parfois être adaptées à la situation.

Selon Anne-Paule DUARTE<sup>6</sup>, « *ce n'est pas le statut qui joue un rôle déterminant dans une situation de crise mais la posture que l'on adopte pour gérer la situation* ». Le cadre a donc à cet égard, une place à tenir face à son équipe. Un rôle de « **leadership** ».

---

<sup>6</sup> Formatrice en technique de management et pédagogie des soins.

Mme DUARTE a déterminé les aptitudes que les professionnels de santé ont développées pour faire face à ces situations critiques, productrice de stress. Leurs compétences sont donc particulièrement déterminées par ces savoirs :

- Savoir prendre des initiatives.
- Faire face à l'incertitude.
- Savoir se positionner.
- Avoir un haut niveau de confiance en ses propres capacités.
- Apprendre à prendre de la distance.
- Etre fédérateur.
- Etre capable de partager son expérience.
- Etre réflexif.

Certaines de ces compétences sont plus particulièrement utilisées par le personnel soignant (savoir prendre des initiatives, être réflexif, capable de partager son expérience, apprendre à prendre de la distance). Le cadre peut chercher à les développer en facilitant les situations qui les stimuleront. Il peut donc déjà avoir un rôle, **en amont et après la crise**, dans le développement de ses aptitudes :

- Encourager la culture du débriefing, après une situation de crise ou vécue comme telle. Encourager les intervenants paramédicaux à participer aux revues de morbi-mortalité (RMM) du service.
- Essayer de développer leur autonomie en stimulant leur créativité, en prenant en compte leurs idées et remarques. Ceci dans le but d'accroître leur prise d'initiative qui peut être décisive lors d'une situation de crise.

D'autres, en revanche, sont tout à fait transposables directement à la fonction de cadre. Elles prendront donc encore plus d'importance lors du déplacement d'un cadre SAMU à l'occasion d'une situation sanitaire exceptionnelle : « **pendant la crise** »

- Savoir se positionner : Il est très important pour le cadre de pouvoir « se situer » face à son équipe dans ce contexte, comme un expert, un référent

sur qui ils peuvent compter. De même, la crédibilité du cadre, vis à vis de l'encadrement des autres services (Sapeurs-Pompiers, Police...) est primordiale. Il est une « image » du service et un interlocuteur privilégié pour les autres cadres extérieurs. Ceux-ci seront d'ailleurs plus souvent disposés à venir lui exposer un problème pour qu'il se règle rapidement que de prendre le risque d'importuner le DSM. Le cadre de santé SAMU est souvent plus accessible. Dans ses travaux, E. Goffman le confirme « *en général, plus le rang est élevé, plus les territoires du moi sont vastes et plus le contrôle de leur accès est strict...Si le cadre veut être reconnu dans son utilité sociale par le personnel, il doit se présenter en permanence comme disponible* <sup>7</sup> ».

- Faire face à l'incertitude : De par sa proximité avec ses équipes pendant la crise, le cadre de santé est le mieux placé pour détecter les difficultés techniques et surtout psychologiques que les soignants pourraient rencontrer pendant cette période difficile.

Un cadre de santé présent sur son lieu de travail le soir des attentats du 13 Novembre 2015 déclara après coup<sup>8</sup>: « *J'avais un impératif absolu, préserver les troupes en prévision d'éventuelles reprises des attaques* » mais outre le management de ses équipes, la prise en compte de leur état psychologique s'est imposée à lui.

Face aux situations de crises, selon l'analyse des propos d'Anne-Paule DUARTE, il existe donc un rôle pour le cadre de santé. Avant la crise, pour préparer le personnel qui sera emmené à y participer et pendant, en jouant le rôle de responsable, de communiquant et pour soutenir ses équipes.

---

<sup>7</sup> E. Goffman (sociologue) cité par P.Bourret, « la mise en scène de la vie quotidienne » 1973, t.1, page 54

<sup>8</sup> « Situation de crise, un cadre de santé assume ses responsabilités » Bruno Benque, cadresante.com

#### 4.4.2 Le concept théorique

Selon les recherches effectuées par Henri Mintzberg<sup>9</sup>, il est possible de caractériser le rôle des cadres. Suite à ses observations, il catégorise le travail des cadres en 10 rôles.

##### ➤ **Les rôles interpersonnels :**

- Le cadre symbole : de par son autorité formelle (ses obligations, le droit et la reconnaissance de sa signature). « *Le soldat salut l'officier (l'uniforme) mais pas l'homme qui le porte* ». Katz et Kahn (1966)<sup>10</sup>
- Le cadre leader : il indique la direction à suivre, il conseille et motive ses collaborateurs. Il allie un pouvoir physique et charismatique.
- Le cadre agent de liaison : il assure des relations verticales et horizontales, à l'intérieur de l'entreprise mais aussi à l'extérieur. Il a le pouvoir de développer son réseau et de relier l'organisation à son environnement.

Ces trois « rôles » s'appliquent à l'ensemble des cadres de santé. Il est semble-t-il possible de transférer la totalité des rôles interpersonnels du secteur intra-hospitalier au milieu extra hospitalier. Du service hospitalier, à l'intérieur de l'hôpital, au lieu d'une intervention, à l'extérieur de l'institution.

Le cadre de santé SAMU/SMUR représente son service sur les lieux de l'intervention. Il a un rôle de soutien pour les équipes du SAMU et assure les relations avec les autres services de secours. Sur les lieux d'une intervention, il peut faciliter les communications entre les différents protagonistes, communications « descendantes » entre les cadres et les agents et « ascendantes » entre le terrain et les décideurs.

---

<sup>9</sup> Henri Mintzberg, Les 10 rôles du cadre Le manager au quotidien. Pages 65 à 104 .

<sup>10</sup> «The social psychology of organizations ». typologie des conflits de rôle. Katz et Kahn (sociologues) 1966

➤ **Les rôles liés à l'information :**

- Le cadre comme observateur actif : il assure la « veille » réglementaire, dans son champ de compétence. Il réajuste en fonction de nouvelles données et maintient son service en accord avec l'évolution de son organisation. Il cherche et reçoit des informations en permanence pour lui permettre de mieux comprendre son environnement professionnel.
- Le cadre comme diffuseur : en interne, le cadre permet la diffusion et la circulation des informations au profit de ses collaborateurs.
- Le cadre comme porte-parole : il assure des fonctions de représentant vis à vis du milieu extérieur à son organisation. En interne, il « porte » la politique du service.

Quand le cadre de santé SAMU/SMUR se rend sur les lieux d'une intervention, il représente, comme les autres responsables « l'image du service ». Il se doit d'être exemplaire et de veiller à ce que ses équipes le soient. Il s'assure de la transmission des informations entre le SAMU, les Sapeurs-Pompiers et la Police Nationale. Le rôle de « porte-parole » est moins assuré par le cadre. En effet, c'est le DSM qui assure ce rôle (ou le chef de service s'il est présent). Réglementairement, c'est lui qui représente le service médical. Par exemple, le cadre n'a pas vocation à prendre la parole ou à communiquer au nom du service, sauf s'il en a reçu la délégation.

➤ **Les rôles Décisionnels :**

- Le cadre entrepreneur : le cadre motive et est à l'origine d'initiatives. Il initie lui-même de nouveaux projets, accompagne ou amorce le changement. Il délègue, autorise, supervise...

- Le cadre régulateur : il a un rôle de régulateur en situation de crise, de conflit dans son équipe. Il négocie, concilie et apporte des corrections.
- Le cadre répartiteur des ressources : le cadre s'occupe de la gestion des ressources humaines ou matérielles et répartit le personnel. Il gère le temps de travail et prévoit la rotation de ses agents.
- Le cadre négociateur : il peut se retrouver en position de « représentant du personnel ». Le cadre a un rôle dans l'établissement des contrats qui lient son service, dans son domaine de compétence.

Tous les rôles du cadre proposé ici par Henry Mintzberg sont transposables au travail effectué par un cadre de santé SAMU/SMUR sur les lieux d'une intervention. En effet, l'ensemble de ces outils managériaux est applicable à la gestion sur le terrain. Les rôles de régulateur, entrepreneur, répartiteur de ressources et de négociateur font partis des pratiques courantes de travail des cadres, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'organisation.

#### 4.4.3 La définition du métier de cadre de santé

L'administration a défini ce qu'est le métier, le rôle et les savoirs faire d'un cadre de santé. Je vais prendre l'exemple des fiches métiers éditées par la fonction publique hospitalière (FPH) pour illustrer mon propos (annexe 3). La dénomination exacte de ce répertoire des métiers de la FPH est « *Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales* »<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales Famille : Soins, Sous-famille : Management des organisations des soins. Code métier : 05U20

Il n'existe pas, dans la définition du métier, de notion de lieux ou de structures limitant le rôle de cadre de santé à un milieu d'exercice. Ses rôles seront les mêmes, qu'il soit amené à travailler à l'hôpital, en extra et en pré-hospitalier.

De nombreuses activités dévolues aux cadres de santé, selon ce répertoire des métiers, sont transposables à une pratique en dehors de la structure hospitalière :

Parmi celles-ci :

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins.
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations.
- Encadrement de proximité d'équipe(s).
- Planification des activités et des moyens, contrôle et « reporting ».

#### **4.4.4 Le rapport de la mission cadre de santé :**

Madame Chantal de Singly<sup>12</sup> a déterminé, dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers, 4 missions principales pour les cadres de santé:

- Une mission de management d'équipe et d'organisation.
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet.
- Une mission d'expert.
- Une mission de formation.

Encore une fois, on constate que les missions proposées par ce rapport sont totalement transposables au milieu pré-hospitalier. La mission d'expert impose, quant à elle, une connaissance parfaite pour les cadres de santé SAMU/SMUR du fonctionnement des services de secours et des plans de secours.

---

<sup>12</sup> Actuellement chargée de mission au ministère de la santé.

#### 4.4.5 « Du point de vue de la psychologie sociale »

« Le mot **leadership** désigne le processus de l'influence portée sur les autres personnes tout en les encourageant pour qu'elles travaillent avec enthousiasme dans le même sens, vers le même but<sup>13</sup>».

Selon Gordon Lipitt et Edith Whitfield<sup>14</sup>, les fonctions requises pour assurer le rôle de « leadership » ont été séparées en deux dimensions :

➤ Des fonctions de production :

*Aider le groupe à accomplir sa tâche et progresser vers ses objectifs.*

- *Proposer des buts, suggérer des procédures, donner des idées, des informations, rechercher le consensus...*

➤ Des fonctions de régulation de groupe :

*Aider à la cohésion du groupe, maintenir les communications au sein du groupe.*

- *Les inciter à s'exprimer, susciter des compromis, des rapprochements, faciliter les communications...*

Le rôle du leadership est parfaitement endossable par le cadre de santé SAMU/SMUR. La posture qu'il adopte sur les lieux d'une intervention participe à son positionnement de cadre et à sa reconnaissance par son équipe et par les autres services de secours.

#### 4.4.6 La légitimité du cadre

##### « Du point de vue sociologique »

Pour Max Weber<sup>15</sup> le pouvoir est d'un usage légitime. Il distingue ainsi trois types de **légitimité** du pouvoir :

---

<sup>13</sup> Le dictionnaire des définitions <http://lesdefinitions.fr/leadership>

<sup>14</sup> « Le groupe en psychologie sociale » Verena Aebischer, Dominique Oberlé (psychologues)

<sup>15</sup> Economiste et Sociologue allemand (1864,1920), Max Weber est un des pères fondateur de la sociologie

- L'autorité charismatique : « elle est fondée sur les qualités, réelles ou prétendues du chef. Ce qui amène les subordonnés à obéir au chef, ce qui légitime son autorité, c'est leur croyance en ses dons. »
- L'autorité traditionnelle : « elle s'enracine dans les usages et les coutumes, cela suffit à légitimer l'autorité ».
- L'autorité rationnelle-légale : « la légitimité de cette autorité s'appuie sur le respect, par le chef et les subordonnés, de règles établies. L'accent n'est plus mis sur la personne mais sur la fonction ».

Le cadre de santé tire sa légitimité de l'exercice de sa fonction. C'est une autorité « **rationnelle-légale** ». C'est son diplôme de cadre de santé et sa position au sein d'un service qui le rend légitime aux yeux de son équipe de soin. Dans l'idéal, le cadre de santé cherche à parvenir à une « **autorité charismatique** », il recherche une reconnaissance de valeurs humaine et professionnelle. Le cadre SAMU/SMUR peut, par le biais de sa proximité avec les équipes, dans des moments difficiles comme dans la vie de tous les jours, parvenir à être reconnu comme tel.

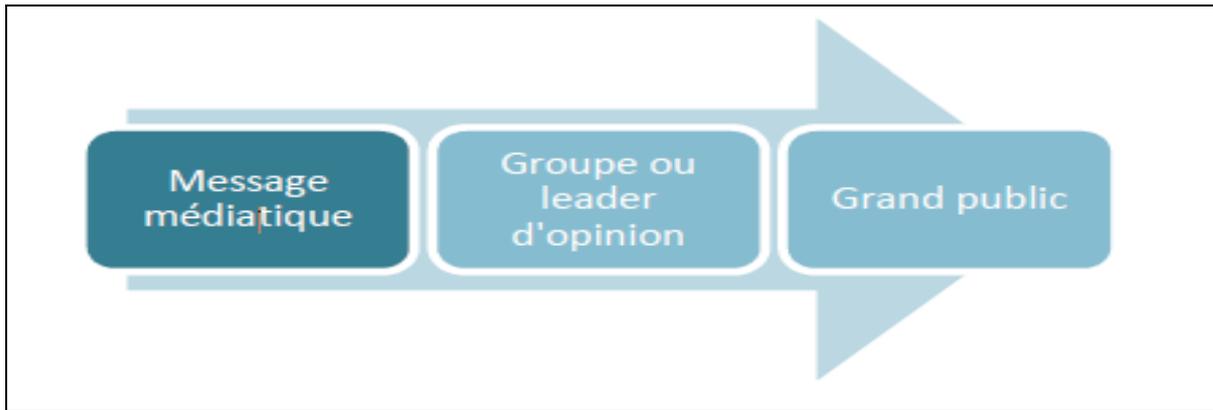
#### 4.4.7 La communication de crise

Né il y a 20 ans, les principes de la communication de crise sont devenus obsolètes de nos jours. Ceux-ci reposaient principalement sur des méthodes de communication utilisées par les médias (messages d'information), par les prises de parole des intervenants, par des communiqués de presse...

*Ce schéma représente ce principe de communication proposé alors par Katz et Lazarsfeld « two step flow » en 1955.<sup>16</sup>*

---

<sup>16</sup> Katz et Lazarsfeld « influence personnelle » 1955

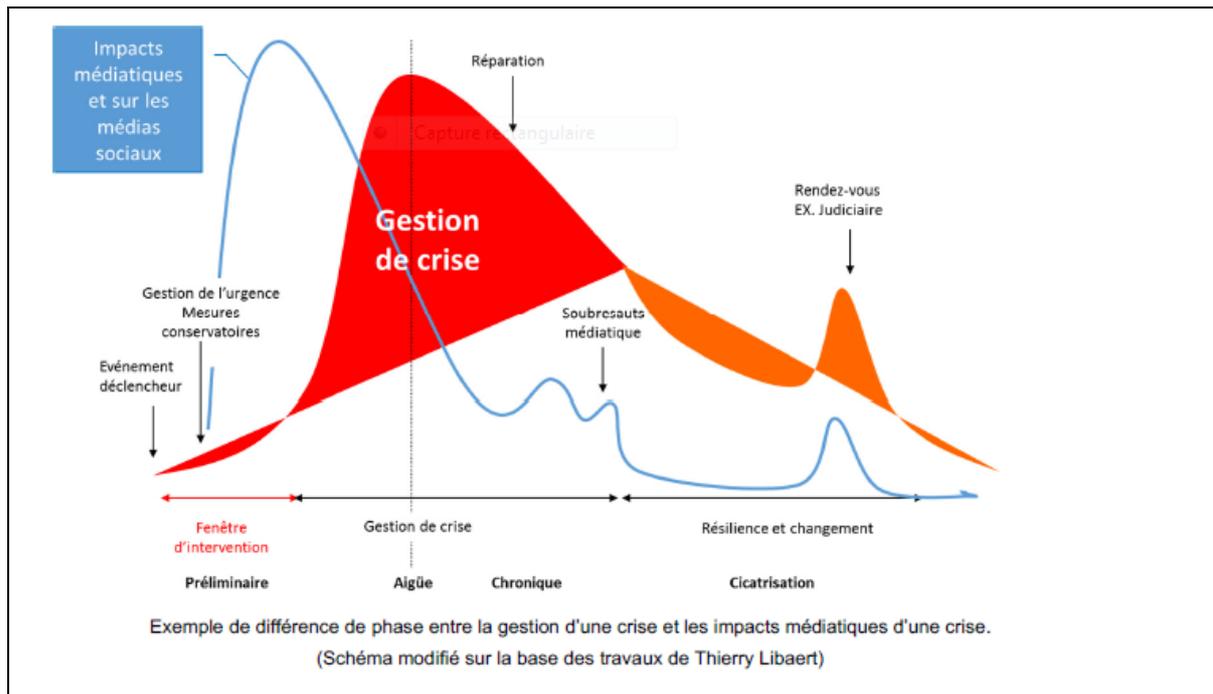


Aujourd'hui cette communication « sensible » s'est adaptée aux conditions de vie modernes et aux nouveaux modes de propagation des informations. Cette idée de la communication de crise (1955) ne peut plus se vérifier dans le contexte actuel.

Les informations circulent plus vite, d'une façon pas toujours contrôlée, par le biais par exemple, des réseaux sociaux, des chaînes d'informations continues avec des journalistes qui doivent fournir de plus en plus d'informations à leur rédaction, pour alimenter cette diffusion 24 heures sur 24.

C'est dans ce contexte que les autorités, les responsables de service de secours et les différents intervenants doivent évoluer et tenter de maîtriser la communication en situation de crise.

Le besoin de délivrance des informations relatives à la situation n'est pas la même à toutes les phases du déroulement de l'événement. Les autorités ont peu de temps pour maîtriser l'information, dès le début de l'intervention, avant que les premières « fuites » ne se propagent. Le schéma suivant illustre bien l'évolution de l'impact médiatique tout au long de la situation de crise. On note d'ailleurs que les informations disponibles sur les réseaux sociaux apparaissent dès le début de l'intervention.



Le besoin d'information est important pour la population, ce qui motive les médias à être plus intrusifs sur les lieux même de l'intervention. Le rôle des responsables de service de secours, et donc du SAMU, est de maîtriser cette information si possible et de faire en sorte que les « fuites » ne soient pas générées par leur service respectif.

Les intervenants SAMU sont très exposés, de par leur position pendant l'intervention aux photos, aux caméras et peuvent être tenté de profiter de cette situation.

Le Cadre de santé SAMU/SMUR peut intervenir à ce moment du déroulement de la crise. Les agents qui travaillent sous sa responsabilité ne doivent pas être importunés dans leur travail par les journalistes et ne doivent pas non plus être mis en cause dans la divulgation d'informations qui n'ont pas encore été rendues publique. Ce rôle de régulation passe par la sensibilisation des intervenants SAMU en aval de la crise, pour éviter par exemple la prise de photo sur les lieux d'interventions qui pourraient se retrouver sur les réseaux sociaux, ou l'envoi d'informations en direct pendant l'intervention (BFM, Twitter...).

A cet effet, les services peuvent mettre en place une charte de bonne conduite sur intervention ou faire signer aux professionnels une clause de confidentialité spécifique à ce type de service.

Selon Daniel Ventre et Jérôme Truc <sup>17</sup>: « *En cas d'attentat, les réseaux sociaux sont au cœur de sa médiatisation. Les terroristes utilisent eux aussi les médias sociaux et suivent les informations consécutives à l'attentat. Dans cette perspective, certaines informations ne devraient pas être publiées, y compris par des civils car elles peuvent avoir un caractère stratégique* ».

### Les principes de base de la communication en situation de crise <sup>18</sup>

#### ➤ Avant la crise :

- Identifier les crises potentielles et leurs répercussions.
- Se préparer à la gestion des crises identifiées.
- Préparer sa communication.
- Tenir à jour les fichiers de données du personnel.
- Préparer la polyvalence des personnels et anticiper la présence du matériel nécessaire.

Le cadre de santé n'a pas un rôle exclusif dans la réalisation de ces actions. Néanmoins, il participe avec les autorités institutionnelles du SAMU à l'élaboration des plans ou procédures qui seront mis en place lors des interventions exceptionnelles. Il a par contre un rôle à jouer dans la gestion des ressources humaines (fichiers à jour, polyvalence des personnels...) et dans la maintenance et la disponibilité du matériel nécessaire en cas de crise. Il assure notamment le suivi conjoint des PSM<sup>19</sup> (Poste sanitaire Mobile) confié au SAMU.

---

<sup>17</sup> Daniel VENTRE, Chaire de cybersécurité de Saint-Cyr Coëtquidan ; Jérôme TRUC, sociologue, ENS Cachan.

<sup>18</sup> Emoveo GesCrise : cabinet de consultant en management (pratique gestion de crise)

<sup>19</sup> Les PSM implantés dans les établissements de santé sièges de SAMU et détenteurs de SMUR ont pour vocation de renforcer, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle, le potentiel d'intervention de l'aide

➤ Pendant la crise :

- Etre le premier à informer son personnel.
- Communiquer de façon factuelle (ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas, ce qui est mis en œuvre).
- Ne pas rassurer mais informer sur la situation.
- Reconnaître sans retard toute erreur.
- Ne pas mentir, sans arrogance.
- Traiter tous les questionnements.
- Anticiper et prévenir les situations anxiogènes et/ou conflictuelles.
- Assurer le support aux collaborateurs impactés et leur famille.

Pendant la crise, le cadre de santé SAMU/SMUR n'est pas le communiquant de référence. Ce rôle est laissé, pour le SAMU, au chef de service ou son représentant et à l'officier « presse » chez les Sapeurs-Pompiers. Outre son rôle vu précédemment dans la maîtrise des informations, le cadre participe à l'entretien de bonnes relations avec les autres services de sécurité ou de secours sur place. De plus, il doit anticiper les problèmes qui pourraient affecter les équipes et désamorcer les conflits internes ou avec les autres services. Dans certaines situations extrêmes (départ à l'étranger, crise accaparant le personnel plusieurs jours...) le cadre de santé peut être amené à communiquer avec les familles pour les informer et les rassurer.

➤ Après la crise :

- Analyser les actions de communication menées.
- Restaurer l'image de l'entreprise ternie ou au contraire capitaliser sur ses réussites.

Le cadre de santé SAMU/SMUR du service peut, comme dans la période « pré-crise » participer en tant que responsable du service au débriefing de sortie de crise. Il participe aux initiatives institutionnelles de communication et organise des réunions de retours d'expérience (RETEX) au sein de son équipe soignante. Il peut éventuellement par ce biais, détecter les difficultés psychologiques que pourraient rencontrer les soignants et ses équipiers et les orienter le cas échéant vers l'aide psychologique du service.

#### **4.4.8 Le « lien invisible » et la mission de soutien**

Dans leur étude sur l'hôpital, Grosjean et Lacoste<sup>20</sup> insiste sur le fait que « *la plupart des dysfonctionnements repérés son liés à un manque de coordination entre les différents groupes professionnels ou entre plusieurs types de tâches* ».

Ce travail de coordination participe à la mission de « soutien » du cadre de santé, sa mission de « facilitateur » dans l'organisation de l'activité. Le cadre de santé « récupère, amortit, compense, rattrape »<sup>21</sup>, il participe ainsi au bon déroulement de l'activité du service et remplit son rôle de soutien invisible de son équipe.

Cette notion d'invisibilité du travail du cadre est explicitée par Paule Bourret dans son ouvrage sur le travail du cadre de santé. Elle souligne l'importance de cette fonction de « mise en lien » invisible et qui permet au cadre de se positionner comme un élément incontournable de la cohérence organisationnelle du service.

Ces problèmes de coordination, de « grippage » de l'organisation, sont contingents à la situation de crise. Selon Grosjean et Lacoste, le cadre de santé SAMU/SMUR a donc un rôle à jouer sur le terrain, en tant que « dégrippant » nécessaire à la bonne fluidité des actions menées sur le terrain, par les personnels de son service et entre les différents services de secours sur place.

---

<sup>20</sup> Grosjean M. et Lacoste M. Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital. Paris, PUF. 1999  
cité par Paule Bourret « les cadres de santé à l'hôpital »

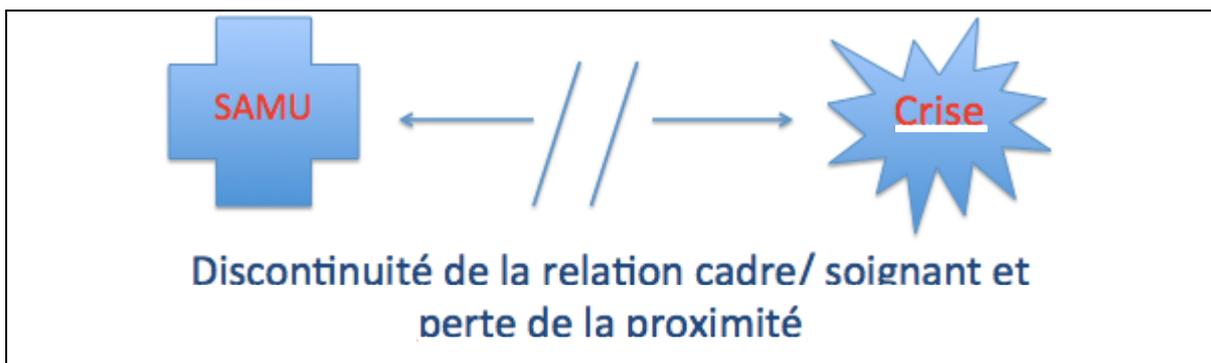
<sup>21</sup> P.Bourret, « les cadres de santé à l'hôpital » un travail de lien invisible. P 192

#### 4.4.9 La notion de proximité

Les cadres de santé qui travaillent dans les services hospitaliers sont des cadres de proximité, ils côtoient les agents et les soins au jour le jour. Cette proximité est nécessaire à l'exercice de leur métier, à l'intégration du cadre dans l'organisation du service.

Le manque de proximité peut donc nuire au travail du cadre : « **À regarder la situation de trop loin, on ne peut pas identifier ce qui s'est joué dans la situation** <sup>22</sup> ».

Cette situation est particulièrement réelle pour les cadres de proximité qui pratiquent leur management à distance et donc pour le cadre de santé SAMU/SMUR pour certaines parties de son activité.



Dans ce domaine Henri Mintzberg considérait :

*« Qu'il est très difficile de changer une organisation du travail si l'on ne connaît pas de façon intime le travail ».*

Si l'on part de ce postulat, on comprend combien il est important que le cadre connaisse le travail des agents placés sous sa responsabilité. Les cadres hospitaliers « connaissent » le travail de leur équipe, car ils le vivent au quotidien. Le cadre de santé SAMU/SMUR ne partage pas ce temps de soin avec ses équipes, celui-ci se déroulant à l'extérieur de l'hôpital. On peut donc considérer

---

<sup>22</sup> P.Bourret, « les cadres de santé à l'hôpital » un travail de lien invisible. P 82

que le cadre SAMU/SMUR doit parfois retrouver cette proximité avec le travail de ses agents, d'autant plus si celui-ci a lieu lors d'une situation de crise.

Cette notion de proximité est donc primordiale à l'activité du cadre de santé d'unité de soins. Elle doit permettre au cadre de santé SAMU/SMUR d'assumer un certain nombre d'activité comme par exemple l'évaluation de la qualité des soins durant l'intervention et la gestion des risques auxquels sont confrontés les personnels sur place.

#### 4.4.10 La certification

Un des thèmes retenus par la certification V2010 (version 2014) est la gestion des risques.

*« La certification promeut la mise en place d'une démarche globale, transverse et coordonnée de gestion des risques, fondée sur une approche systémique du risque et intégrée au projet managérial. Elle n'est pas uniquement une action immédiate et corrective liée à un événement indésirable, une situation de crise ou à l'actualité ».*<sup>23</sup>

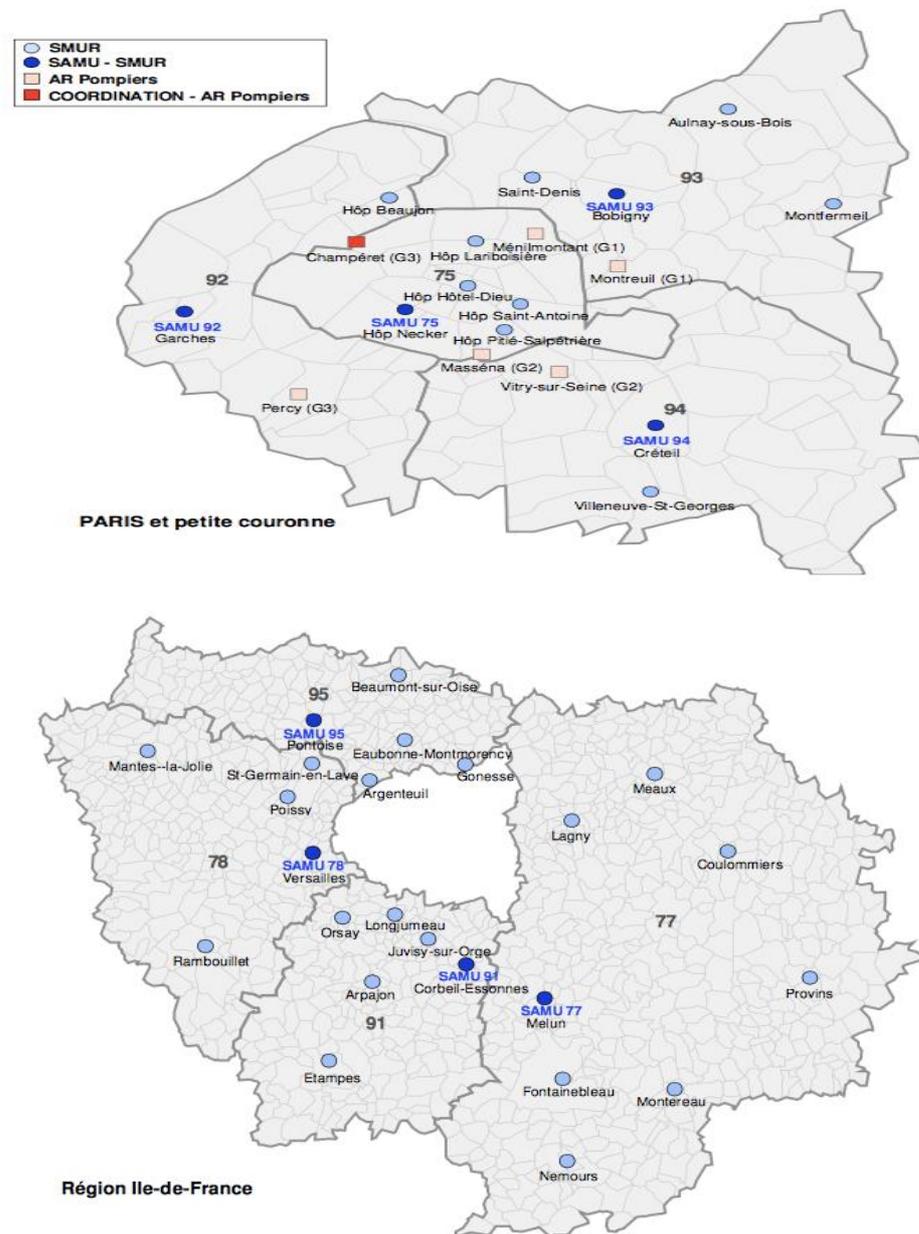
La gestion des risques ne concerne pas seulement la sécurité des patients, des soins ou la pharmacovigilance par exemple. Le cadre de santé est concerné par les risques qui concernent ou qui sont pris par les agents. L'activité SMUR est particulièrement concernée par cette prise de risque car les soignants sont exposés à des risques (incendie, accident de trajet en urgence, explosion, sur accident...) et peuvent aussi être tentés de prendre des risques inconsidérés « dans le feu de l'action ». Le cadre de santé SAMU/SMUR doit donc être conscient de ces risques professionnels spécifiques et peut, lors de ses déplacements sur le terrain apprécier les situations auxquelles les agents sont confrontés.

---

<sup>23</sup> HAS-sante.fr

## 5 LA METHODE DE RECHERCHE

### 5.1 La population choisie



J'ai donc pris contact avec 6 des 8 cadres SAMU/SMUR<sup>24</sup> d'île de France. Ils exercent dans les SAMU d'île de France des départements suivant : Paris (75),

---

<sup>24</sup> Les SAMU d'île de France sélectionnés pour l'analyse sont les services situés au plus proche de la capitale (75, 92, 93, 94, 78, 91)

Hauts de Seine (92), Seine Saint Denis (93), Val de Marne (94), Yvelines (78), Essonne (91).

Ma demande auprès de ces cadres de santé a été bien accueillie. Ils semblaient intéressés par le thème de ce mémoire sur la spécificité de leur poste. Ils ont dans un premier temps répondu favorablement à ma demande de rendez-vous et ont pris le temps de me recevoir.

## 5.2 L'outil retenu

Il m'a semblé important de les rencontrer pour connaître leur ressenti, la vision qu'ils ont de leur métier. Les spécificités de la fonction de cadre de santé SAMU/SMUR ne sont pas toujours comprises par les néophytes et parfois ignorées par la hiérarchie paramédicale. C'est pourquoi, il m'a semblé que l'utilisation de « l'entretien » comme outil d'enquête était le plus approprié, qu'il me permettrait peut-être de mieux explorer cette fonction, dans le contexte décrit dans ce mémoire, « *la situation exceptionnelle* ». Il m'a semblé que le contact direct leur permettrait peut-être de se livrer plus spontanément (exemple annexe 3).

## 6 L'ANALYSE :

Pour analyser les réponses faites lors des entretiens, j'ai retranscrit l'intégralité des réponses sur un tableau récapitulatif (annexe 5). Il m'a permis de comparer les points de vue des différents cadres (talon social annexe 7) et de les confronter à la théorie.

### Question N°1 : Année du diplôme de cadre ?

Dans l'ensemble, les cadres rencontrés bénéficient d'une certaine expérience dans l'encadrement (minimum 6 ans en tant que cadre de santé diplômé). Hormis

un cadre diplômé en 1998, les diplômes ont été obtenus entre 2001 à 2003 (3/6)<sup>25</sup> et 2009/2010 (2/6).

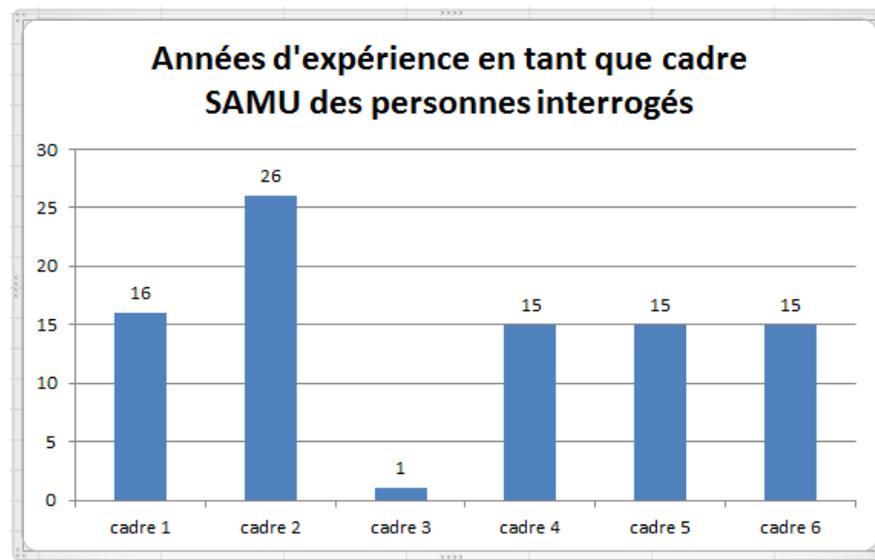
### Question N°2 : Avez-vous une spécialité (IADE) ?

A part l'un d'entre eux, tous les cadres de santé rencontrés sont spécialisés (infirmier anesthésiste).

*Même si l'article R4311-12 du décret de compétences des infirmiers anesthésistes (2004-802 en date du 29 Juillet 2004) stipule que les transports SMUR sont réalisés en priorité par les IADE, Il n'existe pas de texte recommandant la spécialisation pour les cadres SAMU/SMUR.*

### Question N°3 : Depuis quand êtes-vous cadre SAMU/SMUR ?

Dans l'ensemble, les cadres que j'ai rencontrés ont une expérience importante dans l'encadrement des équipes SAMU/SMUR. Elle est en moyenne de 15 ans (1; 26 : médiane à 15).



---

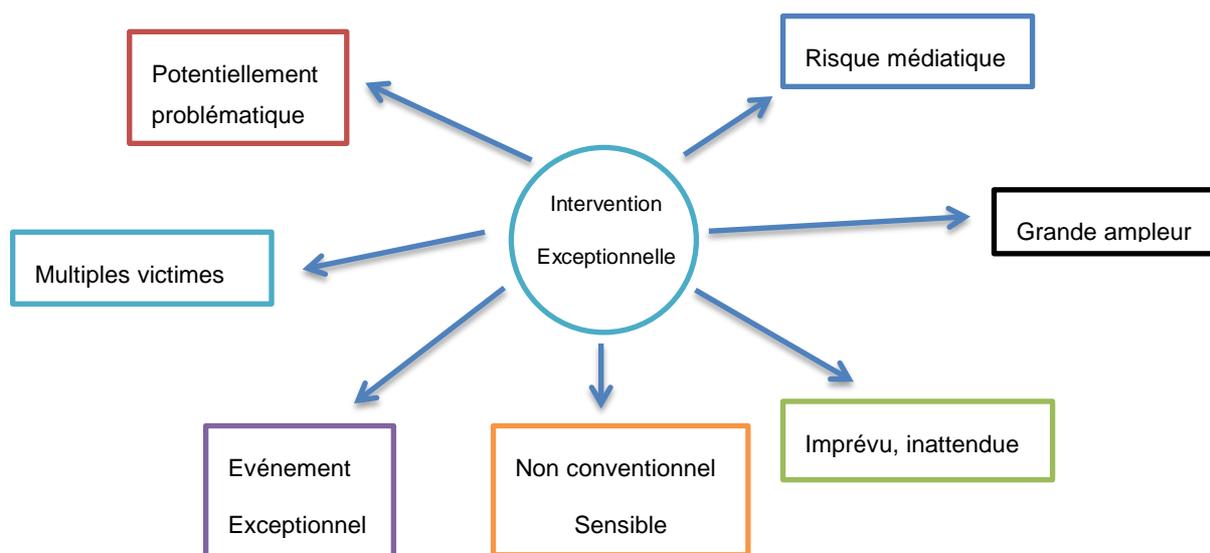
<sup>25</sup> Pour les notifications de type (3/6) : merci de lire 3 cadres sur 6 interrogés.

#### Question N°4 : Avez-vous occupé d'autres postes de cadre auparavant ?

Les cadres qui ont répondu aux questions ont pour la plupart occupé ce poste dès leur sortie de l'école des cadres (4 sur 6). L'une d'entre elle occupait déjà, avant l'école, un poste de faisant fonction de cadre SAMU et une autre est plus expérimentée car elle a été en poste de cadre de santé en réanimation et en salle de réveil.

**Cœur du questionnaire :**

#### Question N°5 : Pouvez-vous définir une intervention exceptionnelle ?



Ce schéma représente les qualificatifs les plus utilisés par les cadres interrogés pour définir « l'intervention exceptionnelle » : Il semble qu'ils soient d'accord sur ce que représente cette situation pour eux. Elle est non habituelle, non conventionnelle et elle possède potentiellement un risque médiatique ou de complication. Il peut y avoir une notion de grande ampleur (attentat, étendue géographique...), de nombreuses victimes (NOVI, PMA, accident de la voie

publique...) ou exceptionnelle dans sa rareté d'apparition (rapatriement médicalisé médiatisé, Ebola...). L'exceptionnalité peut aussi être due aux moyens humains ou matériels engagés sur un site ou une manifestation.

### **Question N°6 : Pensez-vous que le cadre de santé SAMU/SMUR a un rôle à jouer sur le terrain ?**

Pour l'ensemble des personnes interrogées, le cadre SAMU/SMUR a un rôle à jouer sur le terrain. Il est un « *chef d'orchestre sur le terrain, pour les administratifs, les soignants, voire les médecins* ». Ils participent à la gestion des moyens, en fonction du contexte et de leur évaluation. Le cadre peut apporter une expertise technique mais aussi soignante en cas de besoin. Il utilise son rôle « *capital* » d'encadrant de proximité pour l'accompagnement des équipes, cela participe à sa légitimité. Selon eux, le cadre doit pouvoir servir de médiateur et de communicant en cas de conflit avec les autres services ou les personnes sur place. Un des cadres rencontré souligne qu'il est indispensable de maîtriser les schémas de secours sur place (plan de secours...). Néanmoins l'un d'eux précise que l'absence du cadre ne doit pas être un facteur « bloquant » à la bonne marche de l'intervention et que le cadre est tout autant utile à la régulation lors de ce type d'événement. Il peut alors veiller à la coordination et *vérifier que les moyens sont bien proportionnés à la situation*. Le déplacement du cadre est donc dépendant du contexte et du service.

### **Question N°7: Vous arrive-t-il de sortir lors d'intervention « exceptionnelle » et quel est le positionnement que vous adoptez sur place ?**

#### **(Cadre, soignant, cadre soignant)**

L'ensemble des cadres qui a répondu à cette question est du même avis. Ils ne sortent pas en tant que soignant mais, si la situation l'exige, ils changent leur positionnement et reprennent du « service » en tant qu'infirmier (l'une d'elle précise d'ailleurs : « ce n'est pas l'envie qui m'en manque ! »). En dehors de cette situation, les cadres préfèrent rester « à l'écart du soin » pour garder une distance

qui leur permet d'avoir une vision d'ensemble de la situation. Leur positionnement dépend de la situation.

L'un d'eux précise cette situation qui l'a obligé à changer son positionnement plusieurs fois pendant la même intervention :

***« Lors des attentats du 13 Novembre, je suis partis sur les lieux en tant que soignant pour renforcer les équipes sur place (avec un médecin et un ambulancier), durant le trajet, le chef de service m'a contacté pour que j'organise les moyens SAMU de notre département et c'est ce que j'ai fait sur place. Après contact avec le DSM du Bataclan, celui-ci nous a confié une victime et j'ai déposé la casquette de cadre pour redevenir soignant ».***

L'une des cadres interrogées souligne même qu'il y a un risque pour le cadre de « frustrer » le soignant en lui donnant l'impression de lui « prendre sa place ». Une autre cadre précise : « dans mon service, le départ des cadres en intervention, ce n'est actuellement pas la politique du service. » Néanmoins, elle précise être sortie dernièrement sur l'attentat de Janvier 2015 (Charlie), ce qui renforce le caractère « exceptionnelle de ces interventions ».

#### **Question N°8 : Est-ce que le chef de service comprend et partage votre opinion ?**

Dans l'ensemble, les cadres SAMU/SMUR déclarent qu'ils ont le soutien du chef de service pour cette partie de leur activité, il en est d'ailleurs à l'origine dans plusieurs cas. Le déplacement du cadre sur intervention dépend parfois du service ou du « chef médical » présent. La sortie du cadre est décidée par la hiérarchie médicale dans tous les services rencontrés, ce n'est pas le cadre supérieur (N+1) qui en est à l'origine. L'une d'elle ajoute que c'est le médecin d'astreinte qui prévient le cadre supérieur SAMU/SMUR qui lui-même, demande au cadre de santé du service de se rendre sur place.

### Question N°9 : Pourquoi selon vous ?

D'une manière générale, les chefs de service estiment que le cadre est une aide précieuse pour le médecin responsable sur place. Ils aiment avoir un collaborateur qui peut les soulager d'un certain nombre de contraintes sur place. L'un d'eux précise qu'il pense que le chef de service aime la vision « cartésienne » des IADE. Les cadres pensent que la chefferie de service a confiance en eux et qu'elle estime qu'il y a une valeur ajoutée à leur présence. Ils peuvent éviter l'inertie des moyens sur place et favoriser la coordination avec les Sapeurs-Pompiers. Ils permettent au médecin responsable de se consacrer à la médecine. Il arrive que le chef de service leur demande directement de « gérer » une situation sur place (par exemple : grande manifestation de type « Bourget » ou rapatriement sanitaire ...). Un cadre attribue cette reconnaissance aux bons retours que le chef a de l'image de son service, de la part des services partenaires (Sapeur Pompiers, Police...). L'une d'elle précise que le chef de service aime les cadres « touche à tout, comme lui ! ». Un des cadres interrogés précise tout de même que si le chef de service est conscient de cette valeur ajoutée, « il ne sent pas vraiment concerné par le problème ! ».

### Question N°10 : Cette occasion se renouvelle combien de fois par an ?

La récurrence de ces sorties « exceptionnelles » est très variable, selon les réponses données. Elle varie d'environ 1 à 2 fois par mois (3/6) à 4 à 5 fois par an (2/6). Un seul cadre estime cette fréquence de rappel ou de sortie en intervention à environ 4 fois par mois.

L'un d'eux précise que la fréquence de ces sorties est très imprévisible et que celle-ci peut être influencée par des éléments extérieurs comme la saison par exemple (en hiver, il y a plus de gros feux et certains induisent une sortie pour le cadre de santé SAMU/SMUR).

**Question N°11 : Lorsque vous sortez en intervention, en tant que cadre, êtes-vous accompagné par un autre responsable du SAMU ?**

Les réponses sont très disparates. Il existe presque autant de fonctionnement que de service. Certains partent toujours en intervention avec un responsable médical du service qui va exercer une fonction sur place (par exemple DSM). D'autres peuvent aussi sortir seuls dans certains cas : pour un renfort technique, avec un véhicule particulier (logistique) accompagné d'un autre personnel ou pour exercer des fonctions d'organisation sur un poste de secours (par exemple : meeting aérien du Bourget).

**Question N°12 : Existe-t-il une procédure écrite à ce sujet dans votre service ?**

Il existe pour certains cadres, dans le service, une directive écrite sur le départ en intervention de ceux-ci (4/6) sous forme de procédures ou de processus. Un des cadres interrogés signale néanmoins que le trop grand nombre de procédures dans son service les rend souvent peu visibles et peu respectées par les différents intervenants. Par contre, il n'existe pas du tout de procédure de rappel du cadre ou de départ des cadres en intervention dans deux cas : soit c'est la politique de service qui l'a rend inutile car « l'habitude » veut que le cadre soit prévenu dès que le véhicule PC sort ou que plusieurs SMUR sont présents sur la même intervention, soit il n'y a tout simplement rien d'écrit à ce sujet dans le service. Une cadre de santé signale tout de même que rien n'est inscrit à ce propos dans sa fiche de poste et qu'il est difficile, même si elle y travaille actuellement, de faire reconnaître cette spécificité aux instances gouvernantes de l'hôpital.

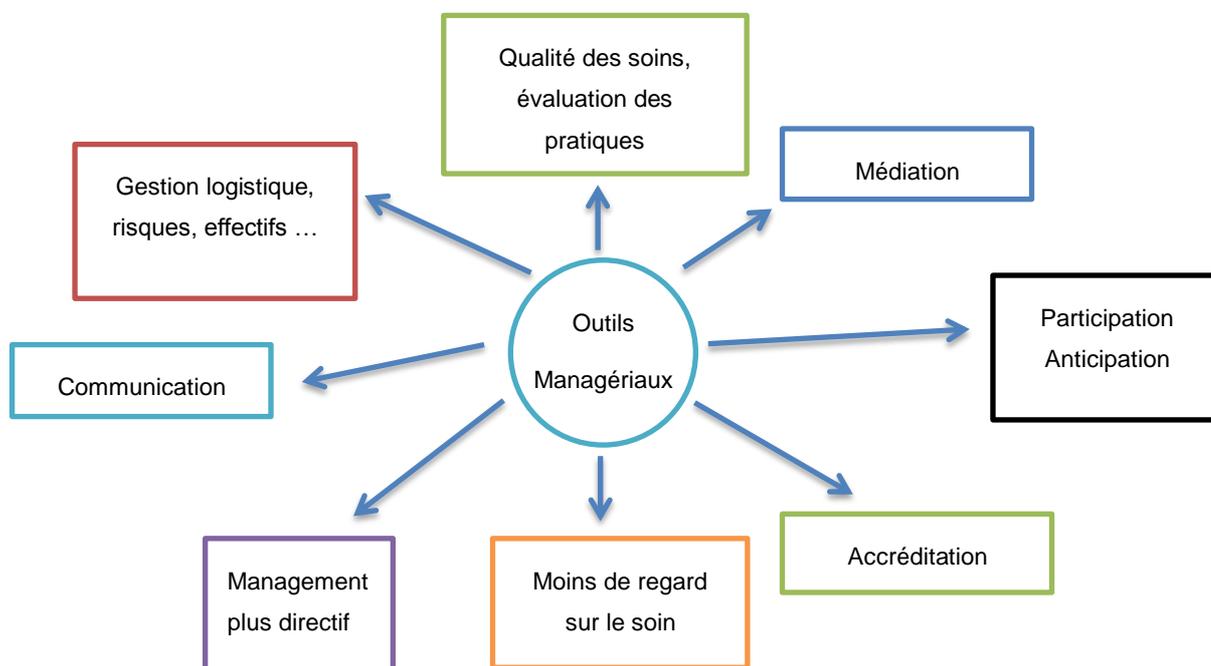
**Question N°13 : Sur les situations qui impliquent le rappel du cadre dans le service ou sur la décision d'envoyer le cadre sur le terrain ?**

Hormis les deux cadres qui ne disposent pas de procédure à ce sujet dans le service, tous les cadres déclarent que les motifs ou les situations de départ sont

indiqués sur leurs procédures écrites (4/6). Selon les services, on peut y retrouver une listes de motifs de rappel ou de départ de l'astreinte médicale et du cadre de santé ou des processus de rappel en fonction des événements. L'un d'eux signale d'ailleurs que pour être conforme aux exigences de la certification V2010, les procédures doivent être si possible rédigées sous forme de processus.

Cependant, deux cadres interrogés précisent que chez eux, le départ du cadre de santé SAMU/SMUR n'est pas si automatique que formalisé dans la procédure. En effet, pour l'un d'eux, le trop grand nombre de procédures a pour effet de diluer un peu leurs contenus et d'en faire oublier l'existence. Pour le deuxième, il estime que la procédure n'est pas toujours appliquée et que le départ du cadre de santé est très « régulateur dépendant ».

**Question N°14 : PENDANT L'INTERVENTION : Avez-vous un management particulier sur le terrain et quelles sont les actions que vous mettez en œuvre ? Les outils managériaux utilisés ?**



Le schéma présenté représente les mots les plus utilisés pour répondre à cette question. Parmi ceux-ci, on retrouve tous les thèmes liés à **la gestion** :

*Gestion des effectifs (4/6):*

- Relève : prévoir l'impact de la durée de l'intervention sur les équipes sur place et sur les personnels qui effectuent le service « normal » au SAMU.
- Projection sur le planning.
- Personnel de secours à prévoir en cas besoin (une roue de secours).
- Gestion de l'afflux de personnel en cas de retour spontané des soignants dans le service (ne pas engendrer de frustration).

*Gestion des risques (5/6) :*

- Risques auxquels sont confrontés les équipes : accident ou sur accident, incidents liés aux soins, blessures...(contrôle de l'utilisation des moyens de protection collectif (détecteur CO par exemple) ou individuel (chasuble jaune sur les voies rapides, casques...).
  - Risques inconsidérés pris par les soignants « dans le feu de l'action ».
- Un des cadres interrogés souligne qu'il est difficile pour lui de gérer ce risque car les équipes sont souvent dispersées. Un autre cadre indique qu'il fait bien plus attention à ce problème depuis que la certification (V2010, version 2014) fait référence à « l'identification des risques ».

*Gestion logistique :*

- Gestion « instantanée » de l'approvisionnement et de l'installation (repas, tente, matériel).
- Anticiper les besoins et planifier leur mise à disposition.
- Coordination des moyens matériels sur place (entre SAMU et Sapeurs-Pompiers).

### **La qualité des soins et l'évaluation des pratiques**

Les cadres interrogés semblent moins « regardant » sur la qualité des soins car ils sont accaparés par d'autres missions. Ils font confiance aux soignants pour respecter le plus possible les recommandations de bonnes pratiques, même dans une situation difficile. Néanmoins, ils exercent tout de même un regard critique, autant que possible, sur les mesures d'hygiène, les techniques de soins et les comportements des équipes sur le terrain (4/6).

En ce qui concerne l'évaluation des pratiques, elle rejoint les impératifs de la qualité des soins. Par contre, le cadre peut aussi apprécier la mise en œuvre de techniques plus spécifiques à l'intervention (brancardage, installation des patients...) qui dépendent du contexte (6/6). Une cadre précise qu'elle est plus vigilante lors de ces interventions, sur l'évaluation des compétences des jeunes soignants car celles-ci doivent être les mêmes en situation normale comme dans l'exceptionnel : « ***Avant de faire l'exceptionnel, il faut déjà faire le quotidien ! (à propos des jeunes)*** ».

### **La communication et la médiation**

Plusieurs cadres évoquent leur rôle dans la communication (3/6).

- envers les équipes : information sur le déroulement de l'intervention.
- envers les autres services : transmission des informations et contrôle de la bonne communication entre les différents intervenants.

L'un d'eux précise qu'il pense voir un rôle de « tampon » entre les services ou les intervenants de son propre service (pour éviter les problèmes relationnels).

### **Le management**

Les cadres interrogés déclarent utiliser un management plus directif que d'habitude. Ils estiment que dans ces situations, ce type de management se justifie (4/6). « *J'utilise une approche différentes car au quotidien, je ne les vois pas travailler* ». Ils précisent qu'il est nécessaire de « cadrer » un peu plus les comportements et les pratiques pour éviter les débordements. L'un d'eux évoque

plus le sentiment d'exercer une fonction de « coach » de terrain. Il exerce en ce sens son rôle de leadership auprès de son équipe.

Une cadre souligne « **au quotidien, ils sont autonomes mais dans l'exceptionnel, ils ne le sont pas** ».

### **La participation, la cohésion d'équipe**

Une des cadres interrogée mentionne une autre technique qui participe à l'accompagnement managérial du cadre de santé SAMU/SMUR. Il s'agit de la participation à l'activité « *Il faut participer à l'activité, au dedans comme au dehors, pour qu'ils vous intègrent comme un cadre* ». Ce positionnement rejoint la notion de coach citée plus haut.

De même elle précise que « *l'avantage du terrain, c'est qu'il développe du contact et de la complicité* », ce qui concoure à la cohésion d'équipe.

« *Le cadre doit savoir faire ...* ».

### **L'anticipation**

Mise à part la nécessité d'anticiper pendant l'intervention, citée par les cadres SAMU/SMUR (en gestion notamment), un cadre évoque la nécessité de prévoir, de « rebondir pour jouer le coup d'après ». Il s'agit d'utiliser la situation, sa problématique et le contexte pour justifier de l'achat de matériel ou d'amélioration de l'organisation. Il cite en exemple l'achat en grand nombre de garrots « tourniquet <sup>26</sup> » par tous les SMUR d'île de France après les attentats du 13 Novembre 2015 et l'optimisation des procédures d'alerte ou d'organisation pour prévoir la survenue de nouveaux attentats multi-sites ou à très nombreuses victimes.

### **Question N°15 : APRES l'intervention, mettez-vous en place des actions particulières (RETEX, évaluation psychologique des participants) ?**

Tous les cadres interrogés (5/5) ont spontanément évoqué le sujet de la CUMP. En effet, les cadres sont conscients de l'éventuelle nécessité de recourir à une

---

<sup>26</sup> Pour information : présentation du garrot « tourniquet » annexe 7

consultation d'aide psychologique pour les agents qui ont subi un traumatisme psychologique en intervention. De même certaines scènes peuvent apparaître choquantes dans le monde de l'urgence pré-hospitalière et le cadre essaye de détecter les situations particulières qui auraient pu perturber émotionnellement les soignants (4/6). Plusieurs d'entre eux précisent que l'aide psychologique est proposée aux agents mais qu'elle n'est pas imposée (exception pour un cadre qui avoue que c'est parfois obligatoire). L'un d'eux pense que **la détection des problèmes psychologiques** fait partie du rôle de cadre.

Les services organisent souvent des réunions de débriefing ou de retour d'expérience (RETEX) (6/6) suite à de grosses interventions « exceptionnelles ». Une cadre précise que « *le débriefing est très important, même si ce n'est que cinq minutes* ». Cette même cadre de santé précise que le service fait travailler les soignants en travaux de groupe suite à ce type d'intervention pour optimiser l'organisation (ils élaborent des documents de travail type « fiches reflexes »). De même, certains services effectuent de mini exercices de simulation pour préparer les équipes à agir lors de situations particulières.

Le cadre a une réelle plus-value dans l'organisation et le suivi des actions menées au décours d'une intervention particulière ou de grande ampleur. Ce rôle est primordial car il fait appel à son « cœur de métier », de sa vision du soin ou de l'organisation de ceux-ci.

- Pour finir, si vous deviez définir votre rôle pendant ces interventions exceptionnelles en 3 mots ?



Ces quelques mots résument la pensée de l'ensemble des cadres SAMU/SMUR interrogés. Ils représentent assez bien ce qu'est le rôle de ces cadres et les idées qu'ils ont exprimées tout au long de ce questionnaire.

## **7 SYNTHÈSE**

Lors de la discussion, il apparaît nettement qu'ils ont tous une même culture de l'urgence et de la réanimation. Ils ont tous été en poste en tant qu'infirmier ou cadre dans le même type de service : réanimation, salle de réveil, urgence ou SMUR.

Selon la définition du dictionnaire LE ROBERT citée au début de ce travail, « *exceptionnel se dit de ce qui est hors de l'ordinaire, de par sa valeur ou sa qualité. Extraordinaire* ». Les cadres SAMU/SMUR interrogés ont donc une vision

collégiale et conforme à cette définition, de ce qu'est une intervention extraordinaire.

L'ensemble des cadres évoque des éléments qui ont été cités dans le cadre théorique. Plus particulièrement, la notion de proximité (4.4.9)<sup>27</sup> avec les équipes est présente ainsi que le rôle de liaison du cadre (4.4.2). Cette citation de « chef d'orchestre » est importante car elle résume bien l'ensemble des rôles et position que le cadre doit prendre pour assumer sa tâche, en intervention ou à la régulation. Le cadre « symbole » et « médiateur » trouve ici une légitimité aux yeux de l'ensemble des personnes interrogées (4.4.2).

Comme le souligne Anne-Paule DUARTE<sup>28</sup>, « ce n'est pas le statut qui joue un rôle déterminant dans une situation de crise mais la posture que l'on adopte pour gérer la situation » (4.4.1).

Les cadres SAMU/SMUR correspondent tout à fait à cette définition d'un positionnement de Leadership. Ils s'adaptent à la situation tout en étant conscient de leur rôle et de leur responsabilité. Comme précisé dans le cadre conceptuel (4.4.8), ce rôle de coordination et de « soutien » participe au bon déroulement de l'intervention. Les cadres SAMU/SMUR sont en position d'assumer leurs responsabilités lors de leurs déplacements sur le terrain. De même, ils peuvent aussi les assumer pleinement en restant à la régulation.

La hiérarchie médicale (responsables service) reste très présente dans la décision d'envoyer le cadre sur place. Celle-ci est très variable d'un établissement à l'autre et les moyens « de déclenchement » paraissent très hétéroclites.

Selon les dires des cadres rencontrés, les chefs de service sont plutôt favorables à la présence d'un encadrant non médical, lors des interventions importantes. Ils se reposent sur eux et permettent aux médecins de se consacrer à des tâches plus médicales (tri des patients, contact avec la régulation SAMU, coordination médicale...) et de se décharger de tâches effectuées par le cadre (gestion des

---

<sup>27</sup> Pour les notifications de type (4.4.9) : merci de lire « en référence au paragraphe 4.4.9 »

<sup>28</sup> Formatrice en technique de management et pédagogie des soins.

effectifs, moyens techniques, administratif...). Ils font confiance au cadre pour veiller à la constance du comportement du personnel sur place.

La fréquence de sortie de ces cadres est très variable. Le nombre d'intervention par an du SAMU étant assez homogène sur l'Île de France, on peut en déduire que la fréquence des interventions « plus importantes » est à peu près la même. La notion « d'intervention exceptionnelle » nécessitant la sortie du cadre paramédical du service est donc assez fluctuante d'un service à l'autre.

Il n'existe pas toujours, d'un service à l'autre, de réelle similarité dans l'organisation du départ des cadres en intervention. Hormis la fonction d'encadrement, d'anticipation et de gestion du cadre SAMU/SMUR sur place, c'est surtout le rôle de cadre symbole tel que défini dans le cadre conceptuel qui est ici mis en valeur (4.4.2). En effet, le cadre représente son service, seul ou accompagné d'un responsable médical. Il peut se charger des relations publiques, de la gestion des effectifs, de la logistique... C'est cette posture de « représentant » qui lui donne cette légitimité.

Il n'existe pas toujours de procédures de rappel ou de départ pour les cadres de santé. Même quand elles existent, elles ne sont pas toujours appliquées ou leur existence est totalement ignorée. Le fait d'écrire, de tout rédiger en procédures ou sous forme de processus, en trop grand nombre, peut induire un effet inverse à celui escompté : elles se diluent les unes aux autres pour qu'il n'en reste au final qu'une idée un peu floue de ce qu'était leur contenu au départ. Les services gagneraient à formaliser une procédure unique, commune et connue de tous, en ce qui concerne le rôle des cadres de santé SAMU/SMUR lors de ces situations.

Les cadres assument de nombreux rôles dus à leur fonction d'encadrement comme je l'ai décrit dans le cadre conceptuel. Ceux-ci sont précisément les mêmes lorsque qu'ils sont placés en situation d'encadrant dans leur service, en situation « normale » que lorsqu'ils exercent en situation dégradée ou exceptionnelle. On retrouve, aux dires des cadres interrogés, les mêmes techniques de management et les mêmes outils dans les deux situations. Par contre, même si ceux-ci sont apparemment similaires, leur mise en œuvre et leur style sont adaptés à la situation particulière. Leur fonction de gestionnaire est peut-être la plus mise à contribution lors de leur sorties sur les interventions

exceptionnelles (4.4.2), la gestion des effectifs et l'évaluation/gestion des risques, la logistique font parties intégrante de leur rôle sur le terrain.

La qualité des soins semble être un peu moins contrôlée par les cadres interrogés. En effet, même si elle reste un « leitmotiv », certains cadres n'en font pas l'objectif principal de leur présence sur les lieux d'une intervention. Ce fonctionnement, en mode inhabituel, semble en être la raison.

L'évaluation des pratiques est par contre souvent reprise par les cadres SAMU/SMUR rencontrés. Celle-ci se matérialise par une observation « informelle et un peu dissimulée » des techniques employées sur place, du comportement des protagonistes et de la mise en œuvre de l'intervention médicale. Cette évaluation peut servir aux cadres, après l'intervention, pour un éventuel réajustement « à froid » afin d'apporter des mesures correctives.

Les cadres évoquent aussi beaucoup leur rôle dans la communication et la médiation sur place. Ce rôle dans la communication vu par Henry Mintzberg (4.4.2) est présent dans le cadre conceptuel au même titre que la communication de crise (4.4.7) à laquelle les cadres SAMU/SMUR peuvent être confrontés.

Presque tous les cadres interrogés présentent le style de management comme un outil managérial qui va être bouleversé par la situation exceptionnelle sur place. En effet, ils adaptent leur manière de manager les équipes dès lors que celles-ci sont soumises à un plus haut niveau de stress, dans un environnement désorganisé et en dehors de leur service. Un style de management plus directif semble être plus adapté à ce type de situation. Il permet un management plus « rigide » qui ne laisse pas de place aux tergiversations et aux errances du personnel.

Une cadre rencontrée cite « la participation du cadre » comme un outil managérial : celle-ci participe à la cohésion d'équipe et au sentiment qu'on les soignants, que le cadre « sait faire » et qu'il peut être une aide précieuse en cas de situation dégradée, elle affirme son leadership (4.4.1).

Elle rejoint en cela la notion de proximité d'Henri Mintzberg qui considérait (4.4.9):

« *Qu'il est très difficile de changer une organisation du travail si l'on ne connaît pas de façon intime le travail* ».

La notion de « rebondir et prévoir le coup d'après » est pour moi *plus innovante*. Même si cela semble évident et que les autres cadres SAMU/SMUR doivent le pratiquer de manière implicite, un seul cadre a évoqué ce point. Il rejoint en ce sens la notion évoquée précédemment en psychologie sociale (4.4.5). En effet dans ses fonctions de production, le cadre ***aide le groupe à accomplir sa tâche et progresser vers ses objectifs*** (*proposer des buts, suggérer des procédures, donner des idées, des informations...*).

Après l'intervention, les cadres participent à de nombreuses actions « post-interventions ». Celles-ci ne sont pas toujours à l'initiative des cadres uniquement mais plus généralement des services ou de l'institution (RETEX, exercice). Selon les réponses des cadres de santé SAMU/SMUR, le rôle du cadre semble particulièrement présent dans la détection des problèmes psychologiques qui peuvent survenir chez les soignants après une intervention traumatisante. Si le cadre le juge nécessaire, il peut être à l'initiative d'une rencontre entre l'agent avec une psychologue de la CUMP.

Après l'analyse de ces résultats, il me semble que le rôle des cadres de santé SAMU/SMUR ne s'arrête pas là. En effet, de nombreux cadres ont évoqué la difficulté qu'ils avaient de faire reconnaître la spécificité de leurs activités et celles des soignants du service. Ils ont parfois la sensation que leur hiérarchie ne comprend pas leurs contraintes et leurs difficultés. Par exemple, la sortie des cadres sur le terrain ou le fait d'être « disponible pour le service » presque toute l'année pour honorer leurs obligations, vis-à-vis d'un service opérationnel, semble ne pas toujours être compris par la hiérarchie. La fiche de poste est similaire à celle d'un autre cadre de santé de l'hôpital, elle n'est pas adaptée aux contraintes de fonctionnement des SMUR. Cette négation ou cette ignorance de ce que peut

être une affectation en SAMU/SMUR pour un cadre lui impose des difficultés de fonctionnement :

***Par exemple***

- Lui faut-il un ordre de mission à chaque sortie sur le terrain ?
- Ces astreintes « informelles » doivent-elles être prises en compte ?
- Les innombrables appels téléphoniques, de jour comme de nuit, pour l'informer de situation particulière sont-ils connus et reconnus par ses supérieurs ?

Un certain nombre de cadres SAMU/SMUR rencontrés militent pour l'adaptation de la fiche de poste à leur fonction. A l'exemple des cadres Sapeurs-Pompiers, je pense que comme pour d'autres services opérationnels, les institutions gagneraient à formaliser le travail de ces cadres, ce qui participerait à la reconnaissance méritée de leur travail de terrain.

A la suite de cette analyse, je répondrais à la question de départ par une affirmation :

**OUI**, il y a bien une plus-value à la présence du cadre SAMU/SMUR sur le terrain et à la régulation, lors des interventions exceptionnelles. La majeure partie de ces actions managériales, développées précédemment, représentent bien une valeur ajoutée à sa présence lors des situations de crise. Les outils qu'il utilise pendant ces interventions exceptionnelles sont pratiquement les mêmes que dans une situation ordinaire. Il les adapte pour tenir compte de la situation et les réajuste à posteriori si nécessaire. Son analyse de la situation et son anticipation favorise le bon déroulement de l'intervention et la préparation des équipes.

J'y oppose toutefois un bémol : il est indispensable que le cadre possède l'expérience requise et une connaissance approfondie du fonctionnement des urgences pré-hospitalière pour que sa présence soit vécue par les soignants et les autorités sur place, comme un atout au bon déroulement de l'intervention.

## 8 LIMITE DE CE TRAVAIL :

Bien que ce mémoire rende compte des opinions et des difficultés exprimées par les cadres de santé SAMU/SMUR rencontrés, il n'en reste pas moins qu'il atteint ses limites. En effet, plusieurs facteurs peuvent justifier d'une modération de ces résultats.

Parmi ceux-ci, l'on peut citer :

- **Le manque de temps** alloué aux recherches et à l'analyse m'a contraint à limiter le nombre de cadres rencontrés. En effet, le fait de circonscrire les entretiens à l'Île de France exclue de fait tous les autres cadres SAMU/SMUR du pays et limite donc la représentativité. Il se peut que les propos recueillis pendant les entretiens ne soient pas partagés par la majorité des cadres affectés dans ce type de service, sur le reste du territoire.

Le temps consacré, limité à la période de formation de l'école des cadres, est donc un facteur limitant ce travail.

- **Le manque de référence** : au début de ma recherche, je me suis rendu compte de l'absence d'autres écrits sur le rôle des cadres SAMU/SMUR. Je n'ai pas retrouvé d'articles, livres ou citations qui abordaient ce sujet. J'ai donc construit ce mémoire à partir des rôles du cadre de santé, issus de la bibliographie, assez fournis sur le métier de cadre de santé.

- **Le contexte** : le thème de ce mémoire a été accepté par l'institut Montsouris à la fin septembre 2015. Malheureusement, moins de deux mois après, les attentats du 13 novembre, pour la première fois « multi-sites » en France ont modifié le contexte. En effet, à la suite de ces attaques, les services d'urgences ont considérablement revu leur fonctionnement et réévalué le risque d'intervention exceptionnelle. De nouvelles procédures sont apparues et de nouveaux matériels ont été commandés.

**Il n'est donc pas impossible que les réponses données par les cadres SAMU/SMUR d'île de France puissent être influencées par le contexte de tension qui a surgi après le 13 novembre 2015. Les réponses auraient peut-être été différentes dans un contexte moins anxiogène pour ces services.**

Ces exemples de facteurs influençant les résultats de cette enquête ne sont pas exhaustifs. Néanmoins ils sont ceux qui me paraissent être les plus générateurs de limites dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire.

## **9 CONCLUSION**

Ce travail a été un vrai plaisir à réaliser. En effet, les cadres que j'ai rencontrés ont été très accueillants et plus que bienveillants à mon égard. J'ai ressenti l'intérêt qu'ils pouvaient manifester pour ce thème et je pense qu'ils étaient plutôt satisfaits que l'on s'intéresse à leur rôle, au sein de ces services spécifiques que sont les services d'urgences pré-hospitalières. Je les remercie donc encore d'avoir bien voulu partager leurs expériences avec moi et de m'avoir confié quelques détails de leur vie professionnelle.

Je perçois mieux leur rôle de cadre, dans le service mais aussi sur le terrain. Les outils managériaux qu'ils utilisent sont presque tous les mêmes lors d'une intervention exceptionnelle, sur le terrain, que lorsqu'ils managent leur équipe dans le service, à l'hôpital.

### **Ils s'adaptent...**

La plus grosse différence entre le service et le terrain réside en la capacité d'adaptation de ces managers. Leurs équipes s'adaptent aux conditions de travail extrahospitalières en modifiant leurs pratiques et les cadres qui se déplacent sur

le terrain en font de même. Ils continuent à gérer les effectifs, les moyens matériels et à participer à l'organisation générale des soins « au sens large ». Ils restent garants de la qualité et de la sécurité des soins vis-à-vis des patients même s'ils estiment que l'évaluation des pratiques doit être adaptée à cette situation particulière.

Leur rôle de communicant et de médiateur existe sur le terrain comme à l'hôpital. Ils l'exercent, en tant que représentant du service, non plus avec les familles des patients hospitalisés et les intervenants extérieurs, mais avec les autres services de secours sur place avec qui ils doivent assurer les meilleures relations et optimiser l'organisation.

L'anticipation est quant à elle peut être plus importante à l'extérieur de l'hôpital. En effet, même si elle reste nécessaire au travail du cadre dans le service, le contexte d'urgence et de l'immédiateté de la situation la rend presque vitale au bon déroulement des activités sur le terrain. La prévision de la logistique ou de la formation par exemple, **avant** l'intervention exceptionnelle, permet au cadre d'anticiper les difficultés d'organisation au moment où le besoin s'en fait sentir. De même, **pendant l'intervention**, le cadre l'utilise pour éviter que des problèmes supplémentaires ne surviennent.

Les cadres SAMU/SMUR modifient leur style de management en période de crise pour répondre à la nécessité de rendre plus efficace les équipes et pour faciliter le déroulement de l'intervention. Ils tentent ainsi d'éviter une « désorganisation générale », contingente des situations exceptionnelles et du caractère imprévisible de celles-ci.

Il me semble tout de même que la posture du cadre de santé est primordiale dans ces situations. En effet, tous les cadres interrogés sont issus de service intensif, de réanimation ou de SMUR, ils possèdent donc la **culture de l'urgence**. Ce paramètre semble important car la reconnaissance de ces cadres de terrain repose aussi sur leurs connaissances du monde de l'urgence pré-hospitalière et des plans de secours en général. De même, ils utilisent leur « **cœur de métier** », leur sensibilité soignante, pour comprendre et anticiper les difficultés liées à

l'organisation des soins et être pleinement opérationnels lors d'une situation exceptionnelle.

Pour conclure, je dirais que les cadres de santé SAMU/SMUR exercent un métier atypique dans un monde de l'urgence imprévisible et parfois lors de situation exceptionnelle...

## BIBLIOGRAPHIE

- Le Petit Robert illustré d'aujourd'hui. N° édition 25532.1996. page 545
- M.Nahon, P.Carli. Chapitre 59. *Gestion initiale d'un événement à victimes multiples*. Urgence 2012.
- *Guide du plan blanc et gestion de crise*. Edition 2006. Annexe à la circulaire N° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006
- Henry Mintzberg. Les 10 rôles du cadre *Le manager au quotidien*.
- M.Franchin, B. Frattini, F. Briche, S. Travers, M. Bignand, J-P Tourtier  
*Prise en charge secouriste et interaction avec les équipes médicales*  
Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015.  
Annales Françaises de médecine d'urgence. Volume 6/1. 2016
- Verena Aebischer, Dominique Oberlé. *Le groupe en psychologie sociale*.  
Édition Dunod, page 171 et 177
- M. Nahon, N. Poirot, I. Marx, M. Lejay, S. Tartière, C. Chastre, C. Fuilla, P. Pelloux, b. Vivien, C. Télion, P. Carli  
*La régulation médicale zonale*  
Annales Françaises de médecine d'urgence. Volume 6/1. 2016- p.16-21
- P.Bourret, *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. 286 pages

## Webographie

- SAMU de France <http://www.samu-de-france.fr/fr> consulté le 08/12/2015
- Préfecture du Lot-et-Garonne [http://www.lot-et-garonne.gouv.fr/IMG/pdf/4-Le-maire-et-la-crise\\_cle74762f.pdf](http://www.lot-et-garonne.gouv.fr/IMG/pdf/4-Le-maire-et-la-crise_cle74762f.pdf) consulté le 12/12/2015
- Dr NAHON Plan rouge ORSEC, présentation SAMU 75, 02/2012  
<http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/planrougeorsec.pdf>  
consulté le 12/12/2015
- Plan ORSAN  
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Plan\\_Orsan](https://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_Orsan) consulté le 17/12/2015

- Loi de modernisation de la sécurité civile 2004-811 du 13 août 2004  
<http://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 23/12/2015
- Dr Vivien « Le triage, principe et évolution », SAMU de Paris.  
[http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/bvi\\_triage\\_2014.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/bvi_triage_2014.pdf) Consulté le 23/01/2016
- Wiley. Katz D. & Kahn R.L002 The social psychology of organizations. (1966),  
<http://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1223-les-conflits-de-role-une-consequence-des-paradoxes-qui-sexercent-sur-lorganisation-le-cas-dune-organisation-de-service-public-evoluant-vers-le-modele-marchand/download>  
Consulté le 24/01/2016
- Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière  
<http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>  
Consulté le 25/01/2016
- Mintzberg et le management de l'hôpital en deux mots (Transcription de l'émission "Par 4 chemins" du mardi 14 avril 1998)  
<http://ampr-idf.pagesperso-orange.fr/mintzberghopitalradiocanada.htm>  
Consulté le 6/02/2016
- Le dictionnaire des définitions <http://lesdefinitions.fr/leadership>  
Consulté le 9/02/2016
- D.Heinderich et N.Maroun « Relation publique de crise »  
<http://www.communication-sensible.com/download/Relations-publiques-de-crise.pdf> consulté le 18/02/2016
- N. Maroun et Johnny Maroun. « Informer en temps de guerre, informer en temps de crise »  
<http://www.communication-sensible.com/articles/article290.php> consulté le 18/02/2016
- GesCrise <http://gestion-crise.emoveo.fr/2012/01/19/les-fondamentaux-de-la-communication-de-crise-et-des-ressources-humaines/#more-259>  
consulté le 19/02/2016

- PSM <http://eprus.fr/article/les-postes-sanitaires-mobiles-psm.html> consulté le 19/02/2016
- The Lancet « The medical response to multisite terrorist attacks in Paris » [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01063-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01063-6.pdf) consulté le 23/02/2016
- Cadredesanté.com <http://www.cadredesante.com/spip/infos/article/situation-de-crise-un-cadre-de-sante-assume-ses-responsabilites> Bruno Benque consulté le 1/03/16
- Synthèse de la journée d'étude « le rôle de la communication pour l'organisation des secours en milieu désorganisé » du 2 février 2016 institut des sciences de la communication CNRS/ Paris Sorbonne/ UPMC <http://www.iscc.cnrs.fr/spip.php?article2168> consulté le 3/03/16
- Has-santé.fr  
La gestion des risques dans la certification des établissements de santé [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1023330/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante) consulté le 10/04/2016

## ANNEXES :

1	Questionnaire de l'enquête exploratoire	page 2
2	Grille d'entretien vierge	page 4
3	Grille d'entretien utilisée (1exemplaire)	page 6
4	Fiche métier de la FPH	page 10
5	Tableau récapitulatif des entretiens	page 13
6	Talon social des cadres interrogés	page 17
7	Présentation d'un « garrot tourniquet »	page 18

## 1. Questionnaire de l'enquête exploratoire

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études à l'IFCS Montsouris, je me permets de vous demander si vous pourriez me faire l'honneur de répondre à ces deux questions:

Ce mémoire est sur le thème:

*« Quelle est la plus-value du cadre SAMU/SMUR, lors d'un déplacement sur une intervention exceptionnelle ? »*

J'entends par « exceptionnelle »: qui se déroule dans un contexte en dehors de la pratique courante.

Ce questionnaire faisant partie d'une phase exploratoire, merci de répondre par quelques mots qui vous semblent « clés ».

Je vous en remercie d'avance, Cordialement, Emmanuel DINOT.

Question 1:

Pour vous, y a-t-il une plus-value à la présence du cadre dans ce contexte ?

*Reponses:*

- Les trois professionnels interrogés ont répondu par l'affirmative. Ils soulignent que le cadre a un rôle de coordination sur place, d'interface entre les différents services, que son expérience de terrain doit lui permettre de fluidifier l'organisation pour éviter l'inertie et faciliter l'évacuation des victimes le plus rapidement possible.

- Il doit faire en sorte d'être un rouage reconnu et fiable. Sa légitimité doit lui permettre de faciliter la mise en œuvre des décisions du directeur des opérations de secours (COS) et du directeur des secours médicaux (DSM).
- Sa connaissance des plans de secours et de l'organisation des différents services sur le terrain concoure à l'intégration des équipes sur le dispositif dans de bonnes conditions.

### Question 2:

Quels sont les techniques ou outils managériaux que vous utilisez sur place, avec vos équipes ou les autres intervenants ?

### *Reponses*

- Le management: Les idées qui reviennent le plus ont trait au style de management (participatif mais plus directif que d'habitude), au rôle de fédérateur pour assurer la cohésion de son équipe, de leadership dans son ensemble (expertise en logistique, en transmission, d'écoute et de communication).
- Les outils de management du quotidien mais adaptés à la situation: Gestion du temps, gestion prévisionnelle des besoins et moyens, rôle d'agent de liaison et de porte-parole auprès des autres services de secours...
- Un rôle d'observateur actif, de relai entre la régulation du SAMU et les différents intervenants. *“Le cadre doit être les yeux de la régulation, lui permettre de “sentir” l'ambiance sur place”*

## 2. Grille d'entretien vierge

<b>GRILLE QUESTIONNAIRE</b>
-----------------------------

Le rôle du cadre SAMU/SMUR

**« Quels sont les outils managériaux utilisés par le cadre lors d'une intervention exceptionnelle ? »**

*Intervention exceptionnelle : nombreuses victimes, répercussion médiatique possible...*

### Parcours du cadre concerné:

- Année du diplôme de cadre ? (f)
- Avez-vous une spécialité (IADE) ? (f)
- Depuis quand êtes-vous cadre SAMU/SMUR ? (f)
- Avez-vous occupé d'autres postes de cadre auparavant ? (f)
- 

### Cœur du questionnement :

- Pouvez-vous définir, selon vous, une intervention exceptionnelle ?
- Pensez-vous que le cadre de santé SAMU/SMUR a un rôle à jouer sur le terrain ? (o)  
(Merci de détailler votre réponse)
- Vous arrive-t-il de sortir lors d'intervention « exceptionnelle et quel est le positionnement que vous adoptez sur place ? (f)

(Cadre, soignant, cadre soignant)

- Est-ce que le chef du service comprend et partage votre opinion ? (o)  
(Valeur ajoutée du cadre sur place)  
-Pourquoi selon vous ?
- Cette occasion se renouvelle combien de fois par an (moyenne) ? (f)
- Lorsque vous sortez en intervention, en tant que cadre, êtes-vous accompagné par un autre responsable du SAMU ?  
(Régulateur, responsable médical...)

- **Existe-t-il une procédure écrite à ce sujet dans votre service ?**
  - Sur les situations qui impliquent le rappel du cadre dans le service ? (o)
  - Sur la décision d'envoyer le cadre sur le terrain ? (o)  
(Dans quelles circonstances, sur quelles interventions)
- **PENDANT L'INTERVENTION : Avez-vous un management particulier sur le terrain ? (o)**

Quelles sont les actions que vous mettez en œuvre, les outils managériaux utilisés ? (o)

*Questions de relance : Gestion des risques, Qualité de la prise en charge, Evaluation des pratiques*

- **APRES l'intervention, mettez-vous en place des actions particulières (RETEX, évaluation psychologique des participants) ?**
- **Pour finir, si vous deviez définir votre rôle pendant ces interventions exceptionnelles en 3 mots ?**

3. Grille d'entretien utilisée (1 exemplaire) :

GRILLE QUESTIONNAIRE N°6
--------------------------

Le rôle du cadre SAMU/SMUR

**« Quels sont les outils managériaux utilisés par le cadre lors d'une intervention exceptionnelle ? »**

*Intervention exceptionnelle : nombreuses victimes, répercussion médiatique possible...*

**Parcours du cadre concerné: B. G (SAMU 91)**

- Année du diplôme de cadre ? (f) 2003
- Avez-vous une spécialité (IADE) ? (f) oui IADE
- Depuis quand êtes-vous cadre SAMU/SMUR ? (f) Depuis 2001 en tant que FFC (SAMU93) et depuis 2003 comme cadre de santé (SAMU91)
  
- Avez-vous occupé d'autres postes de cadre auparavant ? (f) Non

**Cœur du questionnement :**

- **Pouvez-vous définir, selon vous, une intervention exceptionnelle ?**
  - Elle n'est pas conventionnelle, plutôt inattendue
  - Elle impose des moyens proportionnés et importants (matériel, personnel) et qui cela rend cette intervention exceptionnelle.
  - Elle a un caractère sensible, avec de possibles répercussions médiatique
  - Je pense que le cadre fait le « tampon » entre les médias et le terrain
- **Pensez-vous que le cadre de santé SAMU/SMUR a un rôle à jouer sur le terrain ? (o)**  
*(Merci de détailler votre réponse)*

Oui, le rôle du cadre est capital, c'est un rôle de proximité (maintien des compétences, accompagnement des équipes).

Je peux être amené à apporter une aide technique ou soignante.

Le cadre doit avoir la casquette communication/médiation et un savoir-faire « au cas où » !

Cela participe à sa légitimité.

Parfois il y a des problèmes de compréhension avec la hiérarchie paramédicale sur ce rôle...

- **Vous arrive-t-il de sortir lors d'intervention « exceptionnelle et quel est le positionnement que vous adoptez sur place ? (f)**

(Cadre, soignant, cadre soignant ?)

Je sors en tant que cadre (normalement) et j'essaie de rester en retrait.

Sur place je peux reprendre mon côté soignant si besoin « mettre la main à la patte »

Le cadre peut aussi être une aide technique ou de soin.

- **Est-ce que le chef du service comprend et partage votre opinion ? (o)**  
(Valeur ajoutée du cadre sur place)

Oui, il pense qu'il y a une réelle valeur ajoutée.

-Pourquoi selon vous ?

Il aime que je sois présent pour « tenir les intervenants sur le terrain » !!

Il vient me chercher quand il se rend sur le terrain.

- **Cette occasion se renouvelle combien de fois par an (moyenne) ? (f)**

Environ une fois par mois

- **Lorsque vous sortez en intervention, en tant que cadre, êtes-vous accompagné par un autre responsable du SAMU ?**  
(Régulateur, responsable médical...)

Lorsque je sors pour un renfort technique, non.

Pour un déplacement en tant que responsable, je sors avec le médecin ORSEC (astreinte encadrement).

- **Existe-t-il une procédure écrite à ce sujet dans votre service ?**

**- Sur les situations qui impliquent le rappel du cadre dans le service ? (o)**

Oui, en cas de situation particulière (plan nombreuses victimes, événement exceptionnel...), ils doivent prévenir le CS et le responsable Ambulancier.

**- Sur la décision d'envoyer le cadre sur le terrain ? (o)**

***(Dans quelles circonstances, sur quelles interventions...)***

C'est très régulateur dépendant.

Ils aiment bien que l'on vienne pour ce décharger des problèmes managériaux (administratif, effectifs...) !

**• PENDANT L'INTERVENTION : Avez-vous un management particulier sur le terrain ? (o)**

**Quelles sont les actions que vous mettez en œuvre, les outils managériaux utilisés ? (o)**

Un management plus directif surtout si ce n'est pas mes équipes (autres smur), pour le reste c'est la même chose.

- gestion RH, Log

- Gérer l'afflux de personnel (cela génère parfois des frustrations !)

- Faire de la communication

- Anticipation et « rebondir pour jouer le coup d'après » surtout vis à vis de l'hôpital : (Achat matériel ...) par exemple : attentats-> garrots tourniquet

- Etre attentif à la gestion des risques +++

- Pour l'évaluation des pratiques et la qualité de la prise en charge, je suis moins exigeant que d'habitude « je tolère plus » et je le note dans ma tête pour plus tard !

**Questions de relance : Gestion des risques, Qualité de la prise en charge, Evaluation des pratiques**

- **APRES l'intervention, mettez-vous en place des actions particulières (RETEX, évaluation psychologique des participants) ?**

- Je pense qu'il y a un rôle pour le cadre dans le dépistage de problème psy chez les soignants du service. Je suis vigilant. →CUMP : Ils le savent, elle est accessible mais rien n'est imposé.

- Mise en place de réunion RETEX sur les grosses interventions (par le service)

- **Pour finir, si vous deviez définir votre rôle pendant ces interventions exceptionnelles en 3 mots ?**

ACCOMPAGNEMENT /ORGANISATION/ENCADREMENT /COMMUNICATION

#### 4. Fiche métier de la FPH



#### **Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales**

**Famille : Sous-famille : Code métier :**

SOINS

Management des organisations des soins 05U20

#### **Information générale**

##### **Définition :**

Organiser l'activité de soins et des prestations associées, Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Développer la culture du signalement et gérer les risques

Développer les compétences individuelles et collectives.

Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

##### **Autres appellations :**

Cadre de santé

##### **Prérequis réglementaires pour exercer le métier :**

Diplôme de cadre de santé

#### **Activités**

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine - Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité - Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

#### **Savoir-Faire**

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence

- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau



## Connaissances requises

Animation d'équipe

Connaissances approfondies

Communication / relations interpersonnelles

Connaissances approfondies

Droit des usagers du système de santé

Connaissances opérationnelles

Éthique et déontologie professionnelles

Connaissances opérationnelles

Évaluation de la charge de travail

Connaissances opérationnelles

Gestion administrative, économique et financière

Connaissances opérationnelles

Management

Connaissances opérationnelles

Méthodes de recherche en soins

Connaissances opérationnelles

Méthodologie d'analyse de situation

Connaissances approfondies

Organisation du travail

Connaissances opérationnelles

Santé publique

Connaissances opérationnelles

Soins

Connaissances approfondies

Stratégie et organisation / conduite du changement

Connaissances opérationnelles

**Connaissances approfondies :**

*Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné.*

*Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe.*

*Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.*

**Connaissances opérationnelles :**

*Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.*

**Informations complémentaires****Relations professionnelles les plus fréquentes :**

- Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
- Médecins pour la gestion journalière de l'unité
- Autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
- Partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
- Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
- Service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
- Instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
- Responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

**Nature et niveau de formation pour exercer le métier :**

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé Diplôme de cadre de santé

**Correspondances statutaires éventuelles :**

Cadre de santé paramédicale

**Passerelles :**

Cadre soignant de pôle

Formateur des professionnels de santé

5. tableau récapitulatif des entretiens

	INVE	NON	Question N°1	Question N°2	Question N°3	Question N°4	Question N°5	Question N°6	Question N°7
			Avenir du diplôme cadre	Spécialité 2	Diplôme obtenu dans votre cadre SAAH/SMAR 2	avez-vous exercé 2 autres postes de cadre auparavant ?	Pourquoi vous déterm. votre choix, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°1	semu 02	F.I.	2002	non	IFC	Non, j'ai exercé ça et ça	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°2	semu 78	F.F.	1998	Idem	1998	Non	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°3	semu 03	V.I. D.M.	2010	Idem	2015	Résultat de travail	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°4	semu 75	B.M.	2009	Idem	2001	IFC Semu 75 2005/2008	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°5	semu 94	S.D.	2001	Idem	2001	non	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7
Exercice N°6	semu 91	B.G.	2003	Idem	2001 (91) 2003 (91)	non	Je dirais exceptionnel car on avait beaucoup de travail et on avait beaucoup de monde, une intervention exceptionnelle ?	Question N°5	Question N°7

Question N°9	Question N°10	Question N°11	Question N°12	Question N°13
<p>Est-ce que le chef de service comprend et partage votre opinion ?</p> <p>Il est d'accord et reconnaît cette fonction à son cadre de santé</p>	<p>Vous pouvez, selon vous ?</p> <p>Il n'est pas trop concerné par le problème.</p> <p>Le cadre « pense » à d'autres choses que le médecin responsable sur place (temps ou relève des personnels et l'intervention dans ...) C'est assez « directeur du sans dépendant », je ne suis pas si le prochain sur la même idée.</p>	<p>Cette occasion se présente combien de fois par an (mois) ?</p> <p>Environ 1 fois par mois « Il veut mieux trop que pas assez »</p>	<p>lorsque vous sortez en intervention, en tant que cadre, êtes-vous accompagné par un autre responsable SAMU ?</p> <p>Non, le cadre sort avec le véhicule inspecteur et un ambulancier.</p> <p>Le véhicule PC (Garde de commandement) peut être avec un médecin, un ambulancier et un ASH.</p> <p>(Assistant de Régulation Médicale)</p>	<p>Êtes-vous en situation qui impliquent le rappel de cadre dans le service ?</p> <p>Sur la décision d'envoyer le cadre sur le terrain ?</p> <p>Non, rien d'écrit. Mais la politique de service c'est d'envoyer le cadre sur le terrain. Les SAMU sont engagés cas d'absence de l'encadrement (sauf par exemple), la régulation informe dès que le PC sort en intervention, c'est le cadre de santé, le responsable ASH, le responsable ambulancier.</p>
<p>Qui +++ nous avons développé cette activité complètement.</p> <p>Il pense que le cadre de santé sur place peut « soulager » le médecin responsable d'un certain nombre de contraintes (secours, organisation) pour lui laisser une partie plus médicale.</p> <p>Le cadre peut contribuer à élargir l'éventail des moyens sur place et aider à la coordination avec les sapeurs pompiers.</p>	<p>Je pense qu'en plus, il a été bon retour sur les rapports SAMU/SP et que j'en suis en partie responsable.</p>	<p>En moyenne 4 fois par mois.</p>	<p>En général, si je suis seul avec le PC, je suis accompagné par un praticien qui va prendre la direction des secours (OSM) ou qui va organiser la coordination se peut aussi, dans certain cas, que cela soit avec le chef de service.</p> <p>Cela dépend de la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervention : sortie du responsable médical (régulateur avec équipe de soins ou VU)</li> <li>- Si le PC sort responsable du service +/- cadre</li> <li>- Poste de secours : Le cadre y est seul, il est le responsable sur place. (sauf si médulinaire)</li> </ul>	<p>Non, rien d'écrit. Mais la politique de service c'est d'envoyer le cadre sur le terrain. Les SAMU sont engagés cas d'absence de l'encadrement (sauf par exemple), la régulation informe dès que le PC sort en intervention, c'est le cadre de santé, le responsable ASH, le responsable ambulancier.</p>
<p>Parfois, c'est le chef de service qui le demande l'organisation.</p> <p>Il y a des fois où le cadre de santé sur place est dans une situation où il est responsable médical présent ou concerné par la situation. C'est le médecin d'urgence qui décide du rappel : le cadre sup SAMU/SAMUR qui défend le rappel du cadre.</p>	<p>« Valeur ajoutée du cadre sur place. Le chef de service veut un cadre » trouve à tort « comme lui »</p>	<p>4 à 5 fois par an</p>	<p>Je suis avec la VU avec un responsable médical.</p>	<p>Non, ce n'est d'ailleurs pas inscrit sur ma fiche de poste. J'ajoute à la fonction au SAMU mais c'est difficile à faire admettre à la direction.</p>
<p>Un d'une manière générale, je pose la question au chef de service ou au responsable présent. Il la demande ou pas.</p>	<p>oui à 100%</p> <p>C'est la direction du service qui est à l'origine de cette organisation. Ils attendent avoir un collaborateur avec eux (ils apprécient d'ailleurs la confiance des ASH le cas).</p> <p>Nous sommes 6 ou 7 à prendre des décisions « cadre »</p>	<p>En général, environ 2 fois par mois - cela dépend aussi de la saison (en hiver, il y a plus de gros feu par exemple)</p>	<p>L'arrivée médicale et l'arrivée cadre sont en même temps.</p> <p>Je ne dirige plus des relations juridiques, de la gestion des effectifs, de la logistique...</p> <p>Mon rôle est surtout d'anticiper.</p> <p>Pour un rendu technique, non</p> <p>Pour un déploiement en tant que responsable je suis avec le médecin OSMD (Généraliste ou urgentiste)</p>	<p>oui, en cas de situations particulières (gros nombre de victimes, événement exceptionnel...) ils doivent prévenir le CS et le responsable ambulancier</p>
<p>oui, il pense qu'il y a une valeur ajoutée</p>	<p>Il aime que je sois présent pour « tenir les interventions sur le terrain » et il veut me chercher quand il ce rend sur le terrain</p>	<p>Environ une fois par mois</p>	<p>Non, ce n'est d'ailleurs pas inscrit sur ma fiche de poste. J'ajoute à la fonction au SAMU mais c'est difficile à faire admettre à la direction.</p>	<p>C'est très régulateur dépendant</p> <p>Ils aiment bien que l'on vienne pour se débarrasser des problèmes managés (ambulance, effectif...)</p>

Question N°14	Description de la situation	Réponse	Compétence / Dimension
Après l'intervention, mettre vous en place de suivi particulier (rites, outil par les interventions, accompagnement en 1 mois ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestion des effets (réflexe et projection sur le planning)</li> <li>- gestion logistique (repas, tente, matériel...)</li> <li>- optimisation des moyens disponibles sur place</li> <li>- peut être plus une fonction « coach » sur place</li> <li>- information sur l'organisation sur place envers le personnel</li> <li>- communication inter services</li> <li>- rôle dans la gestion des ressources humaines, les personnels (détecter multiples capacités de l'équipe, cause changeable, mise de valeur individuelle...)</li> <li>- évaluation des pratiques vécues sur l'intervention (rencartage, comportement)</li> <li>- pas trop de regard sur la qualité de la prise en charge (selon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre avec le CIMP proposé aux agents, le les met en relation avec ceux</li> <li>- Si l'agent sur l'intervention a été vu directement les collègues</li> <li>- Si l'agent n'y était pas mais que je suis, au regard des détails de l'intervention qu'un aide</li> <li>- un aide</li> <li>- Si l'agent n'y était pas mais que je suis, au regard des détails de l'intervention qu'un aide</li> <li>- un aide</li> <li>- CIMP qui les reçoit</li> <li>- sur leur demande il n'y a pas de protocole écrit.</li> </ul>	VIGILANCE / CONSEIL / ORGANISATION
Quelles sont les actions que vous mettez en œuvre, le cadre managérial utilisé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management de son propre équipe (sur pied d'égalité) / « cadre SAMU</li> <li>- Management adapté aux SP</li> <li>- Indicateur indicible (DSM, CD3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remarque avec le CIMP après les attentes, Débat/échange</li> <li>- Motiver à aller voir le psychologue et détecter des cas</li> <li>- Envoyer les agents à distance de l'intervention</li> </ul>	EFFICACITÉ / ORGANISATION / COORDINATION
Management plus directif car il y a une tendance à faire l'impératif, quel cadre au sein ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rôle « temps » du cadre car il dirige (les rôles), les agents attendent du cadre qu'il donne les responsabilités pour faire les job relationnels</li> <li>- Gestion RH : Faire revenir l'équipe, gestion des effectifs au SAMU, prévoir une suppléance (pour de secours).</li> <li>- Logistique : Lit de camp, anticipation, planification</li> <li>- La gestion des risques est difficile car les équipes sont souvent dispersées</li> <li>- Qualité de la prise en charge et évaluation des pratiques : comportement, tenue, hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exemple stress CIMP après les attentes, Débat/échange</li> <li>- Motiver à aller voir le psychologue et détecter des cas</li> <li>- Envoyer les agents à distance de l'intervention</li> </ul>	CHEF D'ÉQUIPE / RESPONSABILITÉ / GESTIONNAIRE ANTICIPATION / ADAPTATION / MODÉRATEUR
Vigilance sur les compétences (autres assignés) surtout sur l'opérationnel. En programmation comme sur le programme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management différent car en quotidien, il ne le voit pas travailler -&gt; approche</li> <li>- il faut participer à l'activité au delà comme au début pour qu'il vous</li> <li>- intègre comme un cadre</li> <li>- L'avantage du terrain, c'est qu'il développe du contact et de la complémentarité</li> <li>- Avant de faire l'opérationnel, il faut déjà faire le quotidien (à propos des jeunes)</li> <li>- Qualité de la prise en charge et gestion des risques : il m'est arrivé de</li> <li>- « rencontrer une intervention » sur laquelle j'étais parti en temps que renfort (organisme) pour que la sécurité soit assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, le CIMP est présent mais c'est sur initiative personnelle.</li> <li>- Sur les grosses interventions, le service organise un débriefing</li> <li>- Informer par ailleurs les enseignants qu'ils peuvent bénéficier d'un rite avec la CIMP.</li> </ul>	COORDINATION / BÉNÉVOLLANCE / DOMINANT
Gestion instantanée des RH (répartition personnel...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion instantanée de la logistique</li> <li>- Je fais plus attention à « la gestion des risques » depuis 3 mois car la nouvelle</li> <li>- accréditation SAMU / ZORIS nous demande d'identifier les risques (trafic, accidents...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, le CIMP est présent mais c'est sur initiative personnelle.</li> <li>- Sur les grosses interventions, le service organise un débriefing</li> <li>- Informer par ailleurs les enseignants qu'ils peuvent bénéficier d'un rite avec la CIMP.</li> </ul>	UTILITÉ / EFFICACITÉ / EFFICIENCE
Management plus directif surtout si c'est pas une équipe (autres amur), pour le rite c'est la même chose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gérer l'office de personnel (gérer des formations)</li> <li>- Communication</li> <li>- Anticipation et « rétroagir » pour le coup d'après surtout via vos de l'hopital (être matériel...)</li> <li>- Anticipation - gestion humaine</li> <li>- pour l'évaluation des pratiques et la qualité de la prise en charge, je suis moins</li> <li>- engagé que d'habitude - je tolère plus et je le note dans la rite pour plus</li> <li>- tard.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rite du cadre dans le débriefing de problèmes pay</li> <li>- RETEX sur les grosses interventions (service)</li> <li>- CIMP: ils le savent, elle est accessible mais rien n'est fait.</li> </ul>	ACCOMPAGNEMENT / ÉCOUTE / COMMUNICATION

## 6. Talon social des cadres interrogés

<b><u>Cadre</u></b>	<b>Service</b>	<b>Date diplôme CS</b>	<b>Années expérience CS SAMU</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Autre poste cadre auparavant</b>
<b>Cadre N°1 Mr P.L</b>	SAMU 92	2002	26 ans		Non
<b>Cadre N°2 Mr P.F</b>	SAMU 78	1998	18 ans	IADE	Non
<b>Cadre N°3 Mme D.M</b>	SAMU 93	2010	1 an	IADE	réa, SSPI
<b>Cadre N°4 Mme B.M</b>	SAMU 75	2009	15 ans	IADE	FFC SAMU
<b>Cadre N°5 Mr S.D</b>	SAMU 94	2001	15 ans	IADE	Non
<b>Cadre N°6 Mr B.G</b>	SAMU 91	2003	15 ans	IADE	Non

## 7. Présentation d'un « garrot tourniquet »

# Fiche Technique



## Garrot tourniquet tactique SOF TACTICAL

Réf. 303333 - 303444



Le garrot tourniquet SOF TACTICAL est fabriqué à partir de matériaux de qualité très résistants. Un système de blocage double garantit que la tension est maintenue à tout moment, et le premier système peut se rabattre sur lui-même si nécessaire. La vis de réglage de sécurité empêche tout desserrage accidentel de la pression lors d'un mouvement du patient.

La boucle fonctionne parfaitement même lorsqu'elle est sale, couverte de boue ou de sable. Le garrot tourniquet SOFT TACTICAL peut être apposé par-dessus un bandage ou un pansement qui nécessite une pression minimum pour arrêter un saignement important (mais pas le flux sanguin).

**Descriptif technique** La poignée du garrot est faite à partir d'une pièce solide en aluminium d'avionnerie et conserve sa solidité même dans les températures les plus extrêmes. L'anneau de fixation est modelé en acétyle (plastique à résistance élevée aux chocs).

Aucun velcro n'est utilisé pour maintenir la pression. Cela réduit considérablement le risque de desserrage accidentel du garrot. La vis de sûreté et la boucle sont revêtues d'un lubrifiant anti-rouille.

Couleur : noir ou orange

<b>Poids</b>	198 gr
<b>Dimensions</b>	Emballé : 15,2 x 5 x 5 cm.
<b>Matière</b>	Molette de sûreté en acier

S.M.S.P  
5 chemin de la croix de  
Montfleury 38700 Corenc

[www.smsp.fr](http://www.smsp.fr)  
[info@smsp.fr](mailto:info@smsp.fr)