



HAL
open science

Limites rencontrées par les marins-pompiers de Marseille et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un nouveau-né lors de la survenue potentielle d'un accouchement inopiné

Marion Fabbri

► To cite this version:

Marion Fabbri. Limites rencontrées par les marins-pompiers de Marseille et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un nouveau-né lors de la survenue potentielle d'un accouchement inopiné. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03001738

HAL Id: dumas-03001738

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001738>

Submitted on 12 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

**Limites rencontrées par les marins-pompiers
de Marseille et sapeurs-pompiers des
Bouches-du-Rhône dans la prise en charge
d'une femme enceinte et d'un nouveau-né
lors de la survenue potentielle d'un
accouchement inopiné**

Présenté et soutenu

Le 13 avril 2020

Par

FABBRI Marion
Née le 12 septembre 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- DESCAMPS Mylène, sage-femme enseignante (directrice de mémoire)
- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- ROCHETTE Aurélie, sage-femme

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Limites rencontrées par les marins-pompiers de Marseille et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un nouveau-né lors de la survenue potentielle d'un accouchement inopiné

FABBRI Marion
Née le 12 septembre 1996

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de
Sage-Femme**

Année universitaire 2019/2020

Validation 1^{ère} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention : Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	
Validation 2^{ème} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

**Limites rencontrées par les marins-pompiers
de Marseille et sapeurs-pompiers des
Bouches-du-Rhône dans la prise en charge
d'une femme enceinte et d'un nouveau-né
lors de la survenue potentielle d'un
accouchement inopiné**

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma directrice de mémoire, Mylène DESCAMPS, pour m'avoir soutenue dans mon travail.

Je tiens à remercier mon papa, le médecin Joël FABBRI, pour son engagement, son aide et ses conseils tout au long de ce mémoire.

Je remercie également les médecins Julien MARMIN et Pascal MENOT pour leur disponibilité et leur aide.

Merci également à tous les pompiers qui ont su trouver du temps pour les entretiens et à toutes les personnes qui m'ont permis d'accéder aux données nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à ma maman, Caroline, pour ses relectures mais aussi pour m'avoir encouragée et surtout soutenue, et à Nicolas pour ses illustrations mais également son soutien, sa confiance, sa patience et son amour.

Enfin, merci à ma sœur Christel et mes amies pour le soutien moral qu'elles m'ont apporté tout au long de ces études, et à mes grands-parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont permis d'accéder à ce métier extraordinaire.

SOMMAIRE

I.	Introduction	p.1
II.	Matériels et méthode	p.7
	1. Objectifs de recherche	p.7
	2. Schéma d'étude et population étudiée	p.7
	3. Variables mesurées	p.9
	4. Recueil de données et analyse	p.9
III.	Résultats	p.11
	1. Description de la population étudiée	p.11
	2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un accouchement	p.15
	3. Souhaits d'amélioration pour la formation et les interventions	p.23
IV.	Analyse et discussion	p.25
	1. Validité de l'étude	p.25
	2. Analyse et discussion	p.25
	3. Propositions d'amélioration	p.34
V.	Conclusion	p.37
VI.	Bibliographie	p.39
VII.	Annexes	p.44
VIII.	Glossaire	

I. Introduction

Les pompiers du département des Bouches-du-Rhône sont rassemblés dans deux structures :

- Militaire, avec le Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille (BMPM*), chargée de la prévention et de la protection des personnes, des biens et de l'environnement sur le territoire de la ville de Marseille, dans le Grand Port Maritime de Marseille, et sur l'emprise de l'aéroport Marseille-Provence. Il regroupe 17 Centres d'Incendie et de Secours (CIS*) répartis en 2 groupements (Nord et Sud). [1]
- Civile, avec les sapeurs-pompiers du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Bouches-du-Rhône (SDIS* 13), chargée de la prévention, de la protection des personnes et de la lutte contre les incendies dans tout le reste du département. Il regroupe 62 Centres de Secours (CS*) répartis en 5 groupements (Centre, Nord, Sud, Est et Ouest). [2]

Ces structures travaillent en collaboration avec un service hospitalier, le Service d'Aide Médicale Urgente des Bouches-du-Rhône (SAMU* 13) « qui se doit de fournir aux malades, blessés et parturientes [femmes qui accouchent [3]], en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». [4]

Il existe plusieurs centres de réception des appels de secours en interconnexion :

- Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA*) du SAMU 13 recevant les appels du 15, appelé plus communément le « centre 15 ».
- Les Centres de Traitement des Alertes (CTA*) du BMPM (COSSIM* (Centre Opérationnel des Services de Secours et d'Incendie de Marseille)) et du SDIS 13 (CODIS* (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours)) recevant les appels du 18 et du 112.

Si l'appel parvient au SDIS 13 ou au BMPM, le CTA engage, lorsque la personne est en détresse, un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV*) en « départ réflexe », puis transfère l'appel au CRRRA pour une régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au SAMU 13, le CRRA demande au CTA d'engager un VSAV en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur pour un engagement éventuel du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR*). Le départ réflexe comprend les situations où l'engagement des moyens du SDIS 13 ou du BPPM précède la régulation médicale. Il s'agit d'une situation d'urgence vitale identifiée à l'appel, ou lorsque l'intervention se trouve sur la voie publique ou dans un lieu public, ou certaines circonstances d'urgence. Les motifs de départ réflexe sont répertoriés dans le référentiel commun à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. [5]

Le BPPM et le SDIS 13 prennent en charge trois types d'intervention :

- le secours à personne (SAP*) (blessés, malades, assistances à personne et accidents de circulation) (environ 80% de leurs missions), [Annexe 1]
- la lutte contre les incendies,
- les interventions diverses. [1][2]

Le SAP englobe, entre autres, toute intervention auprès d'une femme enceinte avec notamment deux situations d'urgence nécessitant un départ réflexe « l'accouchement imminent ou en cours » et « l'hémorragie grave extériorisée ». [5] Dans ce type d'intervention appelée « départs pour femme en couche » (le terme « femme en couche » englobant toutes les interventions impliquant une femme enceinte quel que soit son terme de grossesse et le motif d'intervention), un VSAV est envoyé avec deux équipiers VSAV et un chef d'agrès qui doit gérer son équipe, faire un bilan (phase de recueil d'informations permettant d'évaluer une situation et l'état d'une ou plusieurs victimes [6]), le transmettre au médecin régulateur du SAMU 13 et demander des renforts (SMUR) si nécessaire. [7] Le médecin régulateur doit rechercher les signes en faveur d'un accouchement réalisé, en cours ou imminent, ou bien les signes évoquant une urgence gynéco-obstétricale en fonction du terme, justifiant l'envoi d'un SMUR composé d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un conducteur. [8][9][10] Les équipes du SMUR du SDIS 13 partent en VLM* (Véhicule Léger Médicalisé) et celles du BPPM partent en AR* (Ambulance de Réanimation). [1][2]

Le bilan de l'intervention (interrogatoire et examen clinique) est primordial pour le régulateur. A partir de celui-ci, ce dernier va pouvoir évaluer l'imminence d'un accouchement à l'aide de plusieurs scores [11][12] :

- Le score de Malinas A : il a une bonne valeur prédictive négative (c'est-à-dire une bonne prédiction de l'absence de risque d'accouchement dans l'heure) mais une mauvaise valeur prédictive positive. Il prend en compte 5 critères : la parité, la durée de travail, la durée des contractions, l'intervalle entre les contractions et la perte des eaux.

Cependant, il faut ajouter à ce score certains critères importants comme : l'envie de pousser, la distance ou délai de transfert vers la maternité, les antécédents d'accouchement rapide (<1h) ou d'accouchement inopiné extrahospitalier et la prématurité. A noter que, à score égal, les multipares (>3 enfants) accouchent plus vite. [Annexe 2]

- Le score de Malinas B : il ne peut être utilisé que si un des secouristes sait réaliser un toucher vaginal car il faut en réaliser un. Il prend en compte la vitesse de dilatation du col utérin en fonction de la parité. Il faut ajouter à ce score l'envie de pousser, la distance et la rapidité du ou des accouchement(s) précédent(s). [Annexe 2]

- Le score SPIA* (Score Prédicatif d'Imminence de l'Accouchement) : utile pour compléter le score de Malinas A, il s'utilise pour les parturientes avec un terme ≥ 33 SA* (Semaines d'Aménorrhée). Il prend en compte 5 critères : le motif de l'appel, l'envie de pousser, le rythme des contractions, le contact avec la parturiente et les facteurs aggravants (panique, âge, antécédent d'accouchement rapide ≤ 1 h ou à domicile, absence de suivi de grossesse). Son interprétation sera ajustée en fonction du délai de transport vers la maternité. [Annexe 3]

- Le score Premat-SPIA : il s'utilise pour les parturientes avec un terme <33 SA. Il prend en compte 4 critères : le motif d'appel, le contact avec la parturiente, l'existence de douleurs abdominales et la rupture de la poche des eaux (PDE*). L'association des critères augmente le risque d'accouchement dans l'heure suivant l'appel. [Annexe 4]

Au SAMU 13, seuls les scores de Malinas sont utilisés et notamment le score de Malinas A associé à l'envie de pousser.

En fonction de tous ces éléments, le régulateur va pouvoir choisir une conduite à tenir :

- Engagement d'un SMUR ou non.
- Lieu d'accouchement : sur place ou transport de la parturiente, vers la maternité où elle est suivie, ou vers la maternité la plus proche, ou vers une maternité adaptée. L'orientation doit être adaptée autant que possible au terme et à l'évaluation clinique.

A partir du bilan, le régulateur va également rechercher la présence de situations qui vont l'amener à engager un SMUR pédiatrique-néonatal (AR pédiatrique du SAMU 13) :

- Expulsion en cours avec présentation du siège, grossesse multiple, hyperthermie maternelle $>38^{\circ}$, liquide teinté ou méconial, métrorragies abondantes (hémorragie d'origine utérine [3]) ou pathologie maternelle non contrôlée, procidence du cordon (descente du cordon devant le fœtus [3]).
- Prématurité <35 SA ou hauteur utérine <28 cm (si présence d'un secouriste qui sait mesurer une hauteur utérine).
- Nouveau-né avec mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, hypothermie $<35^{\circ}$, syndrome de détresse respiratoire, hypoglycémie non contrôlée, poids <2000 g, malformation fœtale.

[8][9][11][12][13]

De plus, un accouchement inopiné est un accouchement qui survient alors qu'on ne s'y attendait pas, dans un lieu non prévu par la future mère. [3]

Les accouchements inopinés extrahospitaliers (AIEH*) sont à plus haut risque de complications maternelles et infantiles. Certains facteurs majorent le risque d'accouchement inopiné hors maternité :

- multiparité (>3 enfants),
- précarité élevée avec faible niveau socio-économique et d'éducation,
- parturiente étrangère, impossibilité de communiquer,
- grossesse non suivie,
- antécédent d'accouchement rapide ou inopiné extrahospitalier. [11][14][15]

En France, les AIEH représentent environ 0,5% de la totalité des accouchements. [9] Selon les statistiques de l'INSEE* (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2018, il y a eu 756 663 naissances. 4210 accouchements ont eu lieu en extrahospitalier, dont 3598 avec assistance et 612 sans assistance. Donc, en 2018 en France, les AIEH ont représenté 0,6% de la totalité des accouchements. [16] Dans les Bouches-du-Rhône, il y a eu 25 586 naissances en 2018 dont 90 accouchements extrahospitaliers, soit un taux d'AIEH d'environ 0,4% dans le département. [17]

Côté SDIS 13, en 2018, 868 interventions VSAV pour femme en couche ont été réalisées dont 32 accouchements, et en 2019, 764 interventions dont 36 accouchements. Les départs pour femme en couche représentent 0,6% de l'activité totale des sapeurs-pompiers, et les AIEH représentent 4,2% de ces interventions.

Côté BPPM, en 2018, 2244 interventions VSAV pour femme en couche ont été réalisées dont 38 accouchements, et en 2019, 2206 interventions dont 29 accouchements. Les départs pour femme en couche représentent 1,8% de l'activité totale des marins-pompiers, et les AIEH représentent 1,5% de ces interventions. [Annexe 1]

Au niveau national, le contenu de formation des secouristes est présenté dans les recommandations relatives aux unités d'enseignement « Premiers Secours en Equipe » du Ministère de l'intérieur datant de septembre 2014 auxquelles ont été apportées des modifications en juin 2018. Les procédures présentées dans les recommandations concernant les parturientes sont l'accouchement inopiné et la prise en charge du nouveau-né à la naissance auxquelles s'ajoute le soin au cordon ombilical depuis juin 2018. [Annexes 5, 6, 7] Cependant, il n'y a aucune obligation d'enseigner ces notions. [6][18][19] Le BPPM et le SDIS 13 ont choisi d'en parler dans leur formation initiale d'entrée mais plus dans celle de chefs d'agrès. Les pompiers professionnels et volontaires reçoivent la même formation. [20][21][22][23] [Annexes 8, 9]

Pour les officiers (médecins et infirmiers), une formation théorique et pratique avec simulation est possible à l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers (ENSOSP*). L'accès à cette formation est limité car elle dépend de la volonté des SDIS qui envoient leurs personnels suivant les besoins.

Dans le cadre de cette étude, une pré-enquête sous forme d'entretiens a été réalisée auprès de professionnels pompiers civils et militaires de santé (médecins urgentistes et infirmiers) et de secours (chefs d'agrès), afin de connaître leur expérience et leur ressenti vis-à-vis des départs pour femme en couche avec la possibilité d'un accouchement inopiné. [Annexes 10, 11, 12]

Les résultats montrent un stress et une appréhension des pompiers (qu'ils soient professionnels de santé ou de secours) pour toute intervention concernant un « *tout petit* », et surtout pour les accouchements, qui mettent en jeu deux patients potentiels, pouvant présenter chacun des complications. Les départs pour femme en couche et, en particulier, les accouchements, sont des situations anxiogènes de par leur faible fréquence, le manque de formation théorique et surtout pratique, et de par les difficultés rencontrées en intervention : l'éloignement (décision du transport), peu à l'aise sur les gestes techniques, problèmes de communication (barrière de la langue), ...

Une question se pose alors : en quoi la survenue potentielle d'un accouchement inopiné peut entraîner des difficultés dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un nouveau-né par les marins-pompiers de Marseille et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône ?

Les objectifs de recherche de cette étude sont les suivants :

- 1) Apprécier les difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un accouchement inopiné extrahospitalier.
- 2) Apprécier le niveau d'appréhension et de stress des marins-pompiers et sapeurs-pompiers lors d'une intervention impliquant une femme enceinte.

La finalité de cette étude est de proposer des réponses adaptées à leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Le terme « difficultés » regroupe l'ensemble des difficultés situationnelles mais aussi psychologiques (stress, appréhension).

II. Matériels et méthode

1. Objectifs de recherche

Cette étude a eu pour but d'apprécier les difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un accouchement inopiné extrahospitalier ainsi que le niveau d'appréhension et de stress des marins-pompiers et sapeurs-pompiers lors d'une intervention impliquant une femme enceinte.

La finalité a été de proposer des réponses adaptées à leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

2. Schéma d'étude et population étudiée

Une pré-enquête sous forme d'entretiens (6 entretiens d'1 heure) a été réalisée auprès de professionnels de santé (médecins urgentistes et infirmiers) et de secours (chefs d'agrès) marins-pompiers et sapeurs-pompiers, afin de connaître leur expérience et leur ressenti vis-à-vis des départs pour femme en couche avec la possibilité d'un accouchement inopiné. [Annexe 10]

Cette pré-enquête a permis de mettre en évidence des difficultés rencontrées dans la prise en charge, qui ont été étudiées ensuite à plus grande échelle, à l'aide d'un questionnaire anonyme (testé en amont avec 11 pompiers). [Annexe 13]

Les autorisations de diffusion ont été validées au BMPM par le médecin en chef F. PEDUZZI, médecin chef du bataillon de marins-pompiers, et au SDIS 13 par le colonel G. ALLIONE, directeur départemental du SDIS 13. [Annexes 14, 15]

Ce questionnaire a été imprimé puis distribué à 61 CS civils, 16 CIS militaires et aux SMUR du BMPM et du SDIS 13 par l'intermédiaire :

- Du Dr P. MENOT et des commandants de groupements Nord, le capitaine de corvette C. FAGON et Sud, le capitaine de corvette P. WORYTKO, au BMPM.

(Certains CIS n'ayant pas reçu les questionnaires lors de la répartition au sein du BMPM, ils ont eux-mêmes imprimé des questionnaires.)

- Du Dr J. FABRI et de la cadre infirmière MP. LUCESI au SDIS 13.

Les CS Frioul et Mallemort ont été exclus de l'étude car aucun pompier n'est affilié à ces CS (au Frioul les gardes sont assurées par des pompiers de La Bigue, et à Mallemort par des pompiers de Sénas).

Au BMPM, les questionnaires ont été mis à disposition :

- Des chefs d'agrès et équipiers VSAV dans tous les CIS, par l'intermédiaire des chefs de centre.
- Des médecins et infirmiers lors des staffs au SMUR de Plombières, par l'intermédiaire du Dr P. MENOT.

Au SDIS 13, les questionnaires ont été mis à disposition :

- Des chefs d'agrès et équipiers VSAV lors de leur visite médicale, par l'intermédiaire des médecins et infirmiers des cabinets médicaux des 5 groupements (Arles, Carnoux, la Malle (Bouc Bel Air), Martigues et Velaux). Ces derniers ont pu récupérer les questionnaires sur le site de la Malle par l'intermédiaire du Dr J. FABRI.
- Des médecins et infirmiers lors de leur prise de garde VLM à Marignane et Rognac, par l'intermédiaire du Dr J. FABRI.

A la fin de l'étude, les questionnaires ont été récupérés en main propre auprès des chefs de groupement du BMPM, du Dr P. MENOT et du Dr J. FABRI.

Critères d'inclusion : médecins urgentistes et infirmiers ayant une activité SMUR + chefs d'agrès et équipiers ayant une activité sur VSAV, marins-pompiers et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône.

Critères de non-inclusion : professionnels pompiers ne faisant pas de terrain (consultations / formations / régulation exclusivement).

Critères d'exclusion : questionnaires mal remplis.

Limite du sujet : ne sont pas pris en compte les professionnels ne faisant plus de terrain (ne prenant plus de garde sur VSAV ou AR/VLM actuellement).

Cette étude prospective a duré 4 mois : de fin février à fin juin 2019 dans le département des Bouches-du-Rhône, Marseille inclus.

3. Variables mesurées

Le questionnaire se divise en 4 parties composées de questions fermées, semi-ouvertes à choix multiples, ouvertes et d'échelles de Likert pour évaluer le niveau d'appréhension et de stress :

1. La première partie « Présentation » concernant la fonction, le lieu d'exercice, le sexe, l'âge, l'ancienneté et la maternité/paternité des participants.
2. La deuxième partie « Formation » renseignant sur la date de la dernière formation en obstétrique et le type d'enseignement reçu au cours de sa carrière (théorie, pratique, soutien psychologique) concernant la prise en charge d'une femme enceinte, d'un accouchement et ses suites, d'un nouveau-né et d'une hémorragie.
3. La troisième partie « Interventions » rendant compte de leur expérience (confrontation à un départ pour femme en couche, réalisation d'un accouchement inopiné extrahospitalier, rencontre de complications) et de leurs difficultés (communication, matériel, éloignement, gestes techniques, gestion de l'équipe, de l'entourage, du temps, terrain d'intervention, manque de connaissances théoriques ainsi que leur niveau d'appréhension et de stress).
4. La quatrième partie « Souhait d'amélioration » permettant à tous les pompiers participants de faire part de leurs propositions concernant la formation, les interventions et la présence d'une sage-femme aux sessions de formation continue.

[Annexe 13]

4. Recueil de données et analyse

Les données ont été recueillies dans un tableau Excel pour une approche quantitative. Dans un premier temps, une analyse descriptive quantitative des résultats a été réalisée.

Dans un second temps, à l'aide du logiciel Xlstat, des tests du Khi 2 ont été utilisés pour les statistiques comparatives : pour apprécier l'existence ou non d'un lien entre 2 variables mesurées. Le seuil de significativité a été fixé à 5%, ce qui signifie que si $p < 0,05$, alors il existe un lien entre les variables étudiées (variables dépendantes).

III. Résultats

1. Description de la population étudiée

Au SDIS 13, il y a 5874 sapeurs-pompiers professionnels et volontaires dont 162 du SSSM* (Service de Santé et de Secours Médical). Sur les 355 questionnaires distribués, 9 ont été perdus et 8 ont été exclus. Donc 338 questionnaires sont inclus dans l'étude, ce qui représente une participation de 5,9% des sapeurs-pompiers dont 29,6% du SSSM.

Au BMPM, il y a 2420 marins-pompiers dont 56 du service médical. Sur les 291 questionnaires distribués, 32 ont été perdus et 2 ont été exclus. Donc 261 questionnaires sont inclus dans l'étude, ce qui représente une participation de 10,9% des marins-pompiers dont 80,4% du SMUR.

La population totale est composée de 45 médecins, 44 infirmiers, 301 chefs d'agrès et 205 équipiers VSAV. [Annexe 16 (figure 1)]

Sur les 61 CS du SDIS 13 participant à l'étude, 59 sont représentés avec au moins 1 participant sachant que :

- Le CS Salins de Giraud rassemble des pompiers du CS d'Arles,
- Le CS Golfe de Fos rassemble des pompiers du CS Fos-sur-Mer,
- Le CS La Couronne rassemble des pompiers du CS Martigues,
- Le CS Septèmes-les-Vallons rassemble des pompiers du CS Les Pennes-Mirabeau.

Le CS Eyragues n'est pas représenté : il s'agit d'un petit CS avec peu de pompiers enregistrés. Le CS Lamanon n'est pas non plus représenté car il a un VSAV depuis peu et donc jusque-là, ce CS n'effectuait pas d'interventions VSAV et donc de départ pour femme en couche. [Annexe 16 (figure 2)]

Côté BMPM, les 16 CIS participants sont tous représentés. [Annexe 16 (figure 3)]

La population totale est composée à 85% d'hommes (soit 505) et 15% de femmes (soit 90).

	Moyenne (ans)	Ecart-type	Minimum (ans)	Maximum (ans)
Age SDIS 13 (n=338)	40,82	10,88	19	65
Age BMPM (n=261)	29,44	6,82	19	62

Tableau 1 : Description de l'âge des participants

De plus, 64% de la population totale a une ancienneté de plus de 10 ans au sein des pompiers.

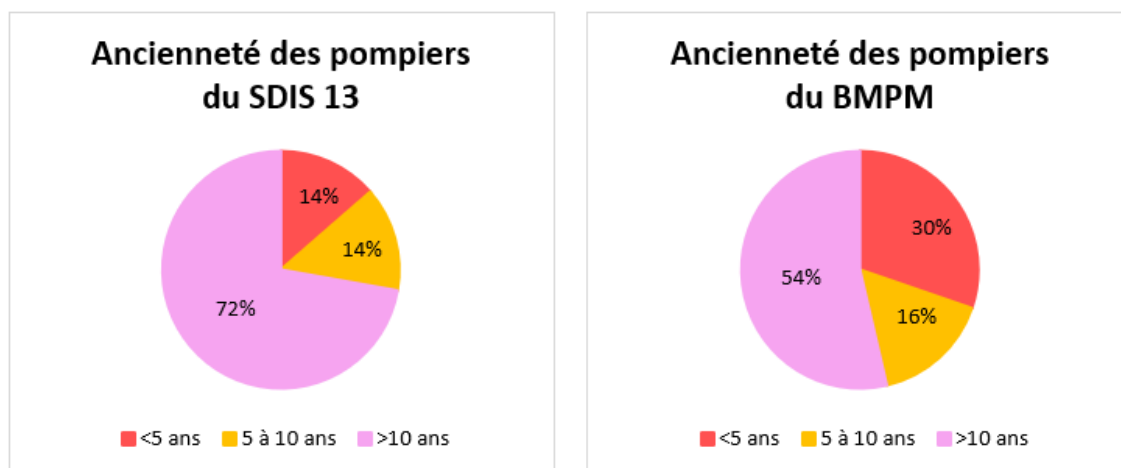


Figure 1 : Répartition des participants en fonction de leur ancienneté au sein des pompiers et de leur lieu d'exercice (en %)

Enfin, 57% de la population totale sont déjà parents d'un ou plusieurs enfants dont 69% des pompiers du SDIS 13 et 41% des pompiers du BMPM.

D'autre part, en ce qui concerne la formation, côté SDIS 13, pour 54% des sapeurs-pompiers la dernière formation en obstétrique (initiale ou continue) remonte à plus de 5 ans.

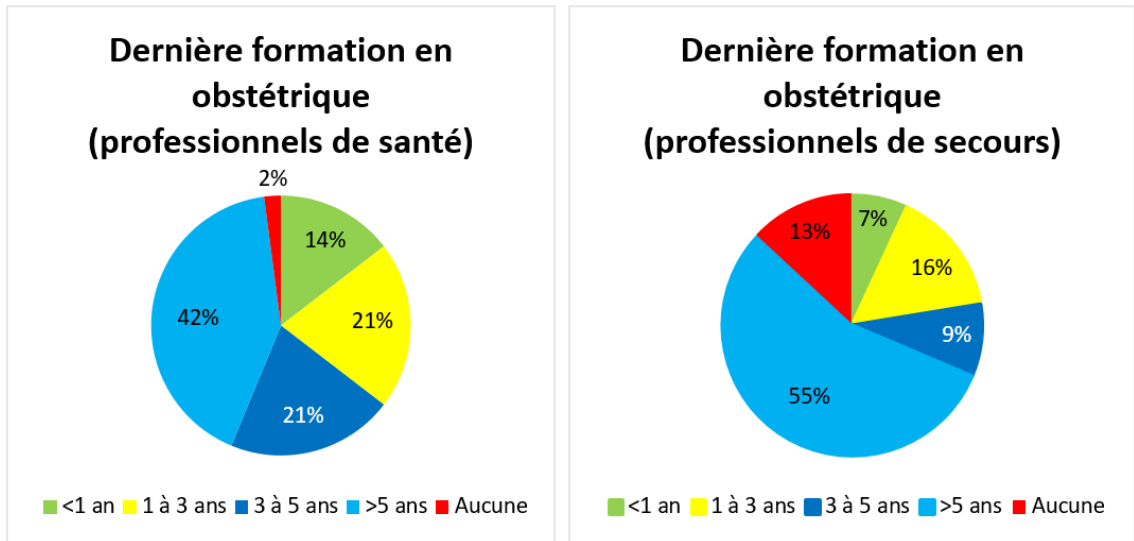


Figure 2 : Répartition des participants du SDIS 13 suivant la date de leur dernière formation en obstétrique et leur fonction chez les pompiers (en %)

Côté BMPM, pour $\frac{2}{3}$ des marins-pompiers la dernière formation en obstétrique (initiale ou continue) date de moins de 3 ans (moins d'1 an pour 31% d'entre eux et entre 1 et 3 ans pour 34%).

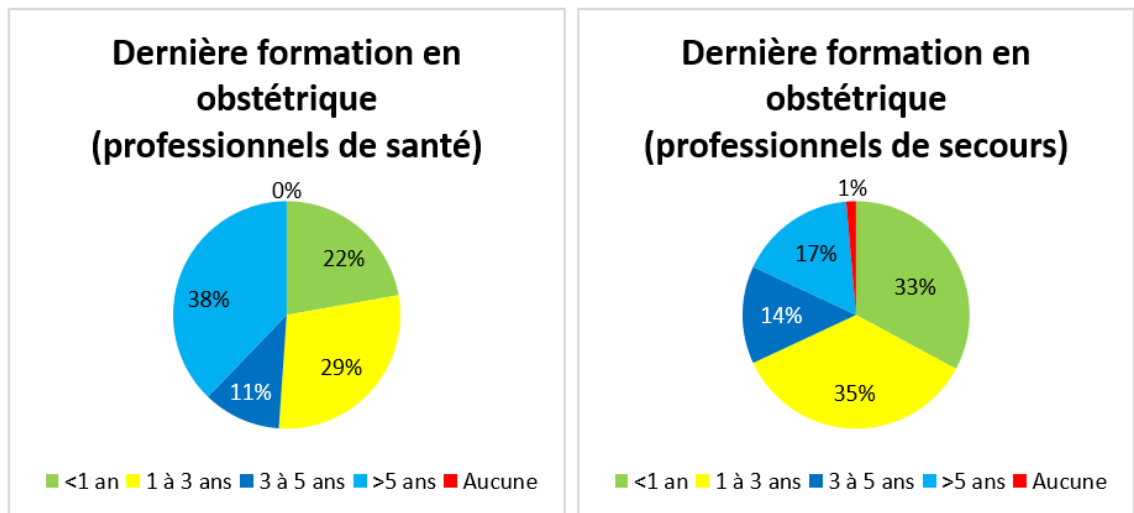


Figure 3 : Répartition des participants du BMPM suivant la date de leur dernière formation en obstétrique et leur fonction chez les pompiers (en %)

Aussi, à propos de la formation au soutien psychologique chez les sapeurs-pompiers et marins-pompiers : 16% ont eu une formation sur l'accompagnement de la mère, 14%

sur l'accompagnement de l'entourage et 25% sur l'accompagnement de l'équipe de pompiers.

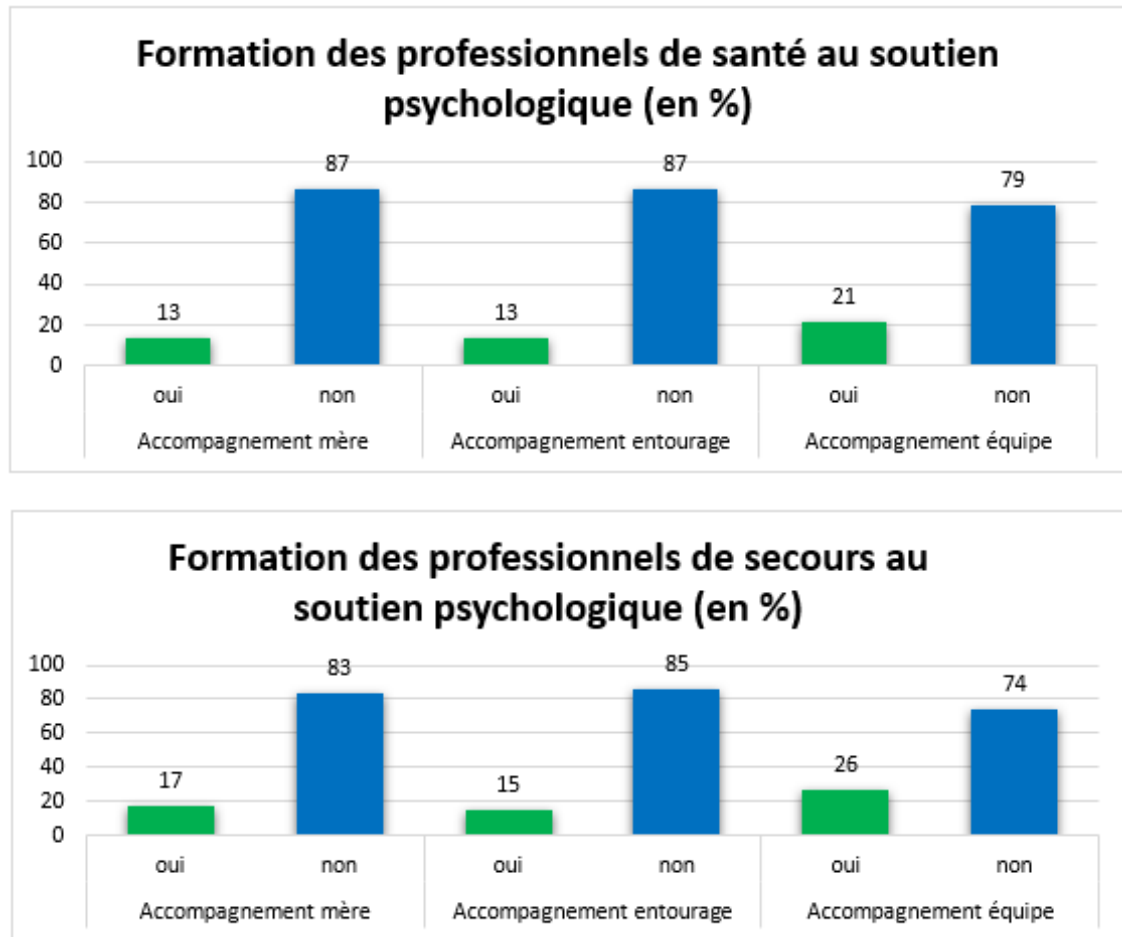


Figure 4 : Répartition des participants suivant leur formation au soutien psychologique et leur fonction chez les pompiers (en %)

Enfin, le contenu de formation reçu en obstétrique et pédiatrie (formation initiale et continue associées) est décrit dans le tableau suivant. [Annexe 17]

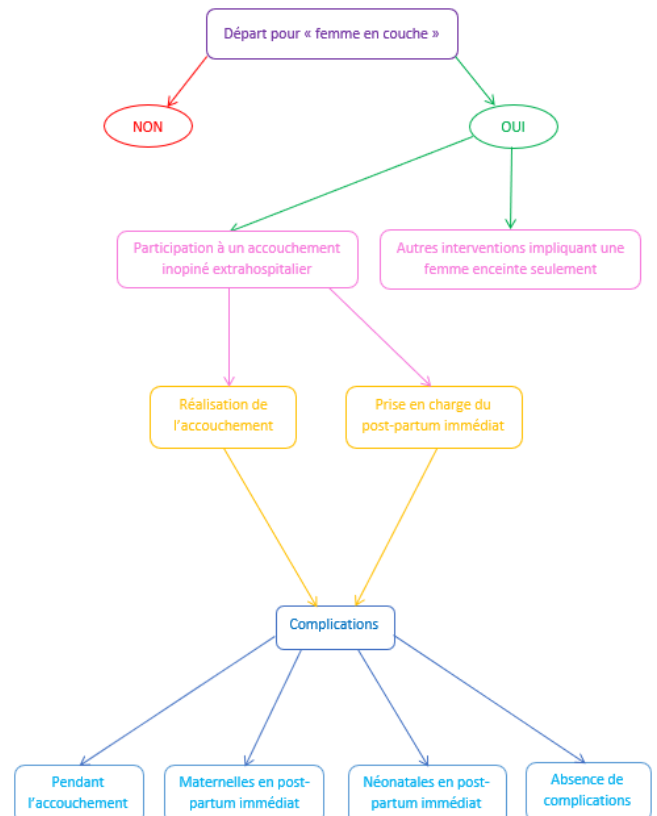
		SDIS 13			BMPM		
		Médecins	Infirmiers	Chefs d'agrès et équipiers VSAV	Médecins	Infirmiers	Chefs d'agrès et équipiers VSAV
Théorie	Accouchement	80	78	68	88	86	94
	Manœuvres obstétricales	76	57	30	79	71	80
	Hémorragie de la délivrance	84	43	15	79	33	65
	Prise en charge nouveau-né qui va bien	76	78	57	79	57	91
	Prise en charge nouveau-né nécessitant une réanimation	76	57	56	79	48	90
Pratique	Accouchement	76	30	12	92	57	50
	Manœuvres obstétricales	44	9	3	42	33	31
	Hémorragie de la délivrance	28	4	3	38	33	7
	Prise en charge nouveau-né qui va bien	60	35	10	75	62	35
	Prise en charge nouveau-né nécessitant une réanimation	48	30	20	71	62	48

Tableau 2 : Description du contenu de formation reçu en obstétrique et pédiatrie par les sapeurs-pompiers et les marins-pompiers (en %)

2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un accouchement

86% des pompiers du SDIS 13 et 98% des pompiers du BMPM participants à l'étude ont déjà été confrontés à un départ pour femme en couche (dont 93% des professionnels de santé et 91% des professionnels de secours).

Parmi eux, 60% au SDIS 13 et 77% au BMPM (89% des professionnels de santé et 64% des professionnels de secours) ont déjà pris en charge au moins un AIEH dans leur carrière, soit par la participation à l'accouchement en lui-même, soit par la prise en



charge du post-partum immédiat seulement, car arrivés sur les lieux après l'accouchement, dont :

- 51% ayant réalisé un accouchement,
- 49% ayant pris en charge la maman et le nouveau-né en post-partum immédiat.

25% des pompiers du SDIS 13 et 35% des pompiers du BMPM ont déjà rencontré une ou plusieurs fois des complications dans leur carrière dont :

- 50% des professionnels de santé (médecins et infirmiers),
- 25% des professionnels de secours (chefs d'agrès et équipiers VSAV).

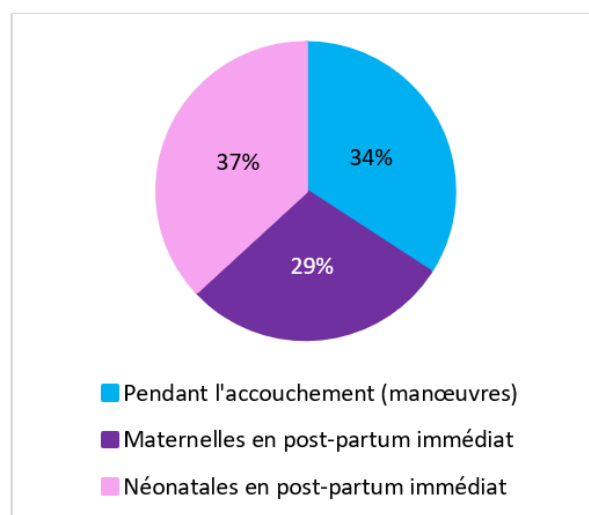


Figure 5 : Types de complications rencontrés par les pompiers lors de la prise en charge d'un accouchement inopiné extrahospitalier (en %)

Pendant ces interventions, les principales difficultés rencontrées :

- Par le SDIS 13 sont :
 - 1) Les problèmes de communication (dont la barrière de la langue).
 - 2) Le terrain d'intervention (lieu, installation patiente).
 - 3) Le manque de connaissance théorique sur le sujet.
 - 4) L'éloignement (décision d'un accouchement sur place ou d'un transport).
- Par le BMPM sont :
 - 1) Les problèmes de communication (dont la barrière de la langue).
 - 2) Le terrain d'intervention (lieu, installation patiente).
 - 3) La gestion de l'entourage.
 - 4) L'éloignement (décision d'un accouchement sur place ou d'un transport).

Les difficultés prédominantes des chefs d'agrès sont la communication et le terrain d'intervention. Pour les médecins, les difficultés rencontrées sont l'éloignement (prédominant au SDIS 13), le terrain d'intervention (prédominant au BMPM) et la communication. [Annexe 18]

Ensuite, le niveau d'appréhension et le niveau de stress sont globalement à 2 sur 4 sur l'échelle de Likert pour tous les professionnels, légèrement supérieur aux autres interventions notamment par :

- ✓ Crainte de la survenue de complications maternelles ou néonatales
- ✓ Manque de formation pratique
- ✓ Manque d'expérience, d'habitude
- ✓ La faible fréquence des accouchements

A noter que les médecins ont un niveau d'appréhension vis-à-vis d'un départ pour un accouchement à 3 sur 4 sur l'échelle de Likert, nettement supérieur aux autres interventions. [Annexe 19]

De plus, dans la population totale étudiée, 57% des pompiers sont déjà parents d'un ou plusieurs enfant(s). Le fait de devenir parent ne modifie le niveau d'appréhension et de stress que chez environ 50% d'entre eux.

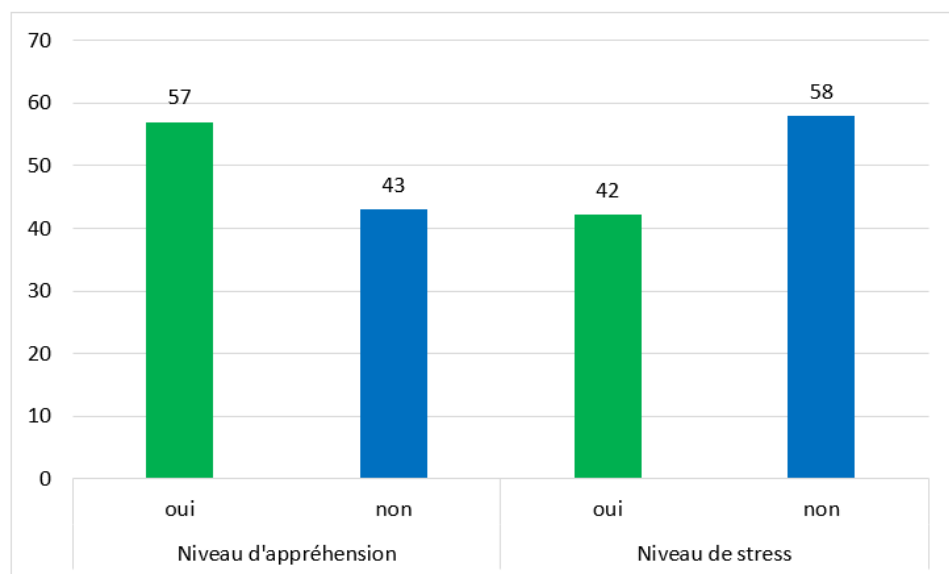
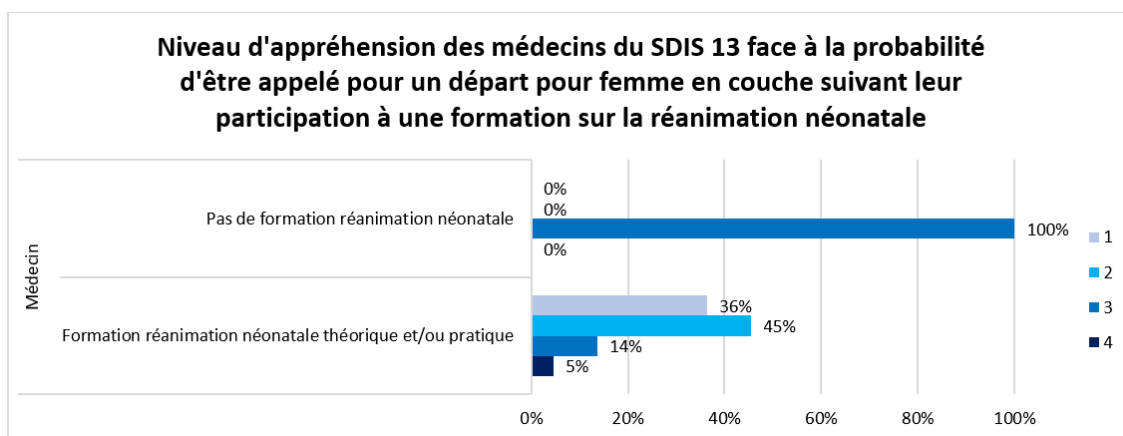
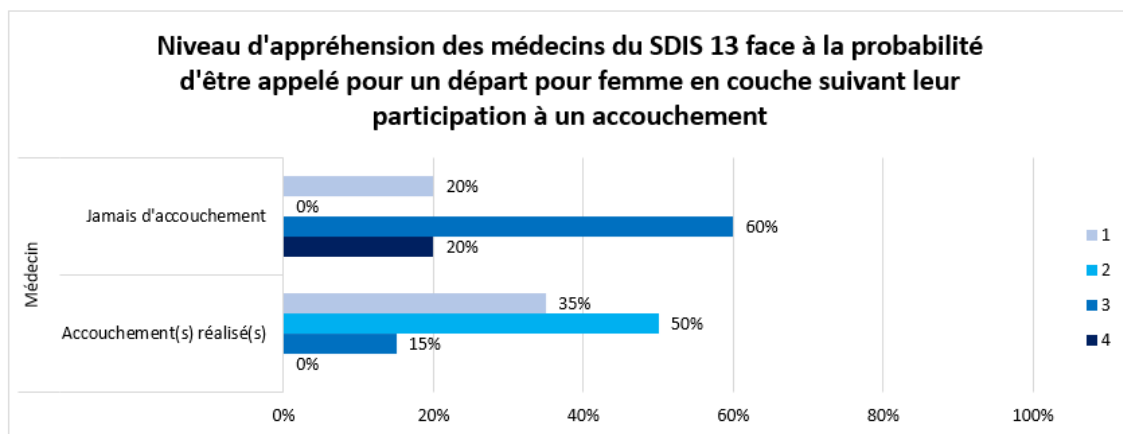


Figure 6 : Changement du niveau d'appréhension et du niveau de stress des pompiers après être devenu parent (en %)

Enfin, des comparaisons ont été réalisées au sein de chaque fonction (médecins, infirmiers, chefs d'agrès, équipiers VSAV) du SDIS 13 d'une part et du BMPM d'autre part, entre le niveau d'appréhension, le niveau de stress et l'ancienneté, la réalisation d'une formation sur l'accouchement, d'une formation sur la prise en charge du nouveau-né (notamment réanimation néonatale), la participation à un accouchement, la rencontre de complications. [Annexe 20] Les résultats significatifs sont présentés par les figures suivantes.

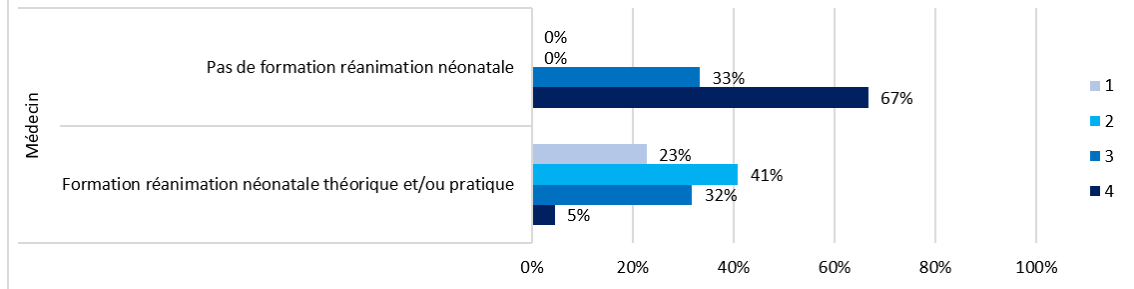


(p = 0,013)



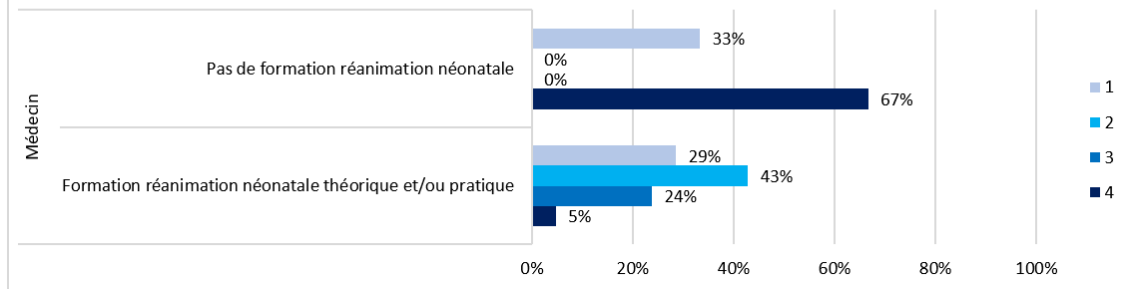
(p = 0,017)

Niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement suivant leur participation à une formation sur la réanimation néonatale



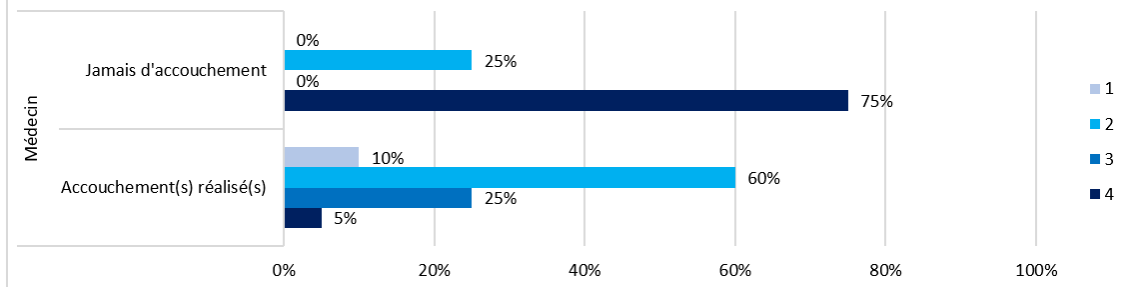
(p = 0,015)

Niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à un départ pour femme en couche suivant leur participation à une formation sur la réanimation néonatale

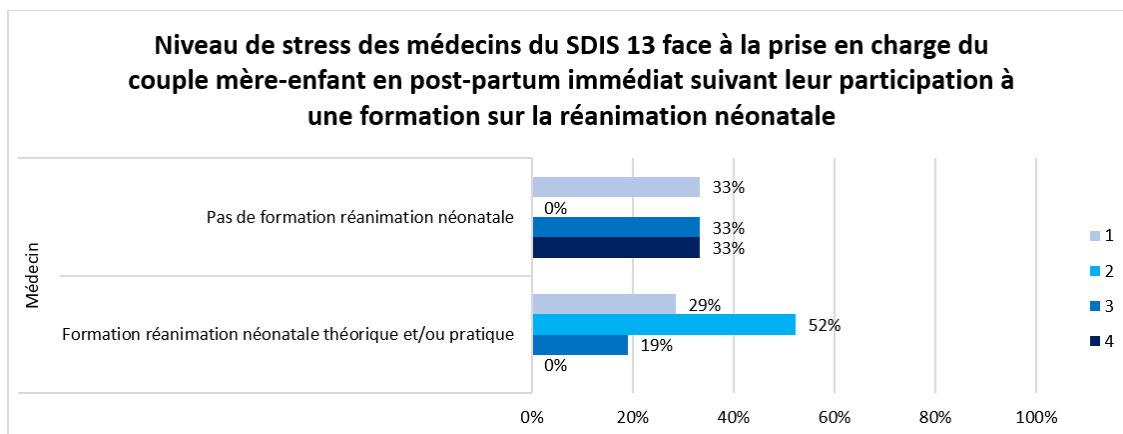


(p = 0,018)

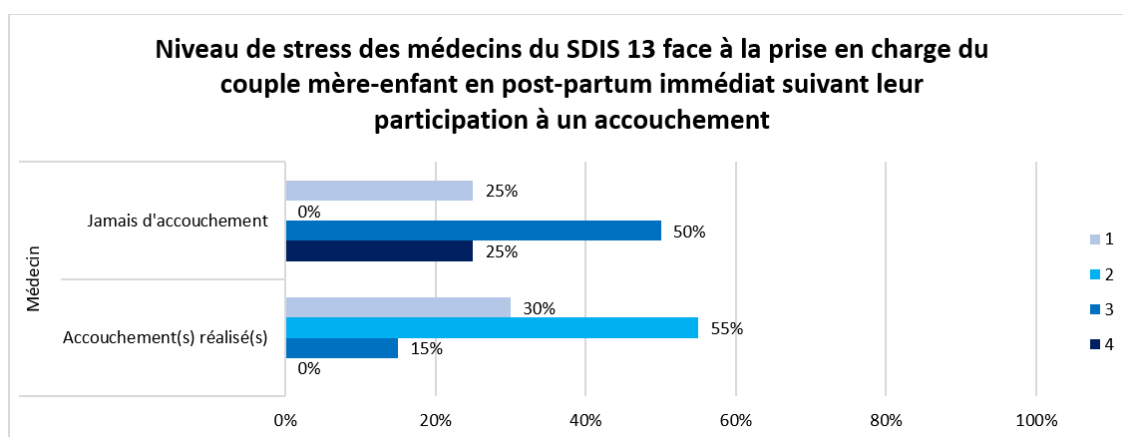
Niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (travail ± accouchement) suivant leur participation à un accouchement



(p = 0,008)

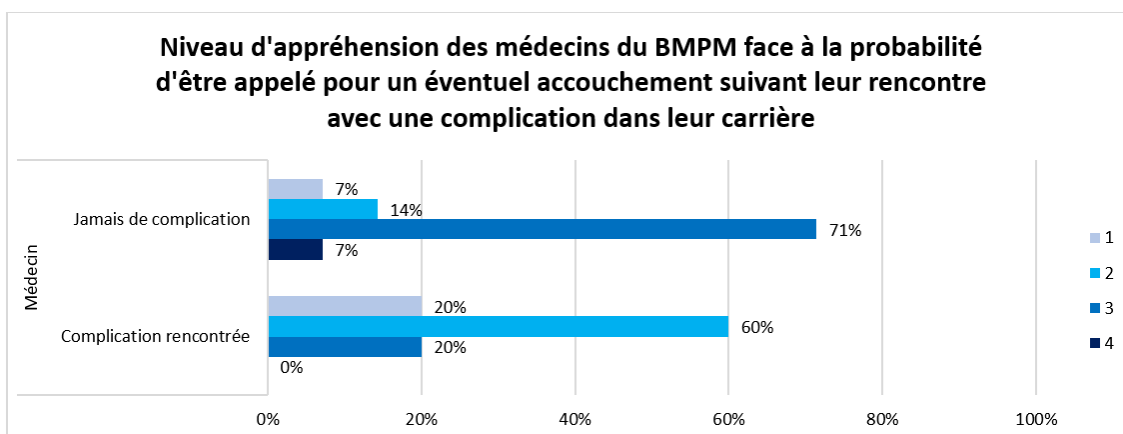


(p = 0,031)



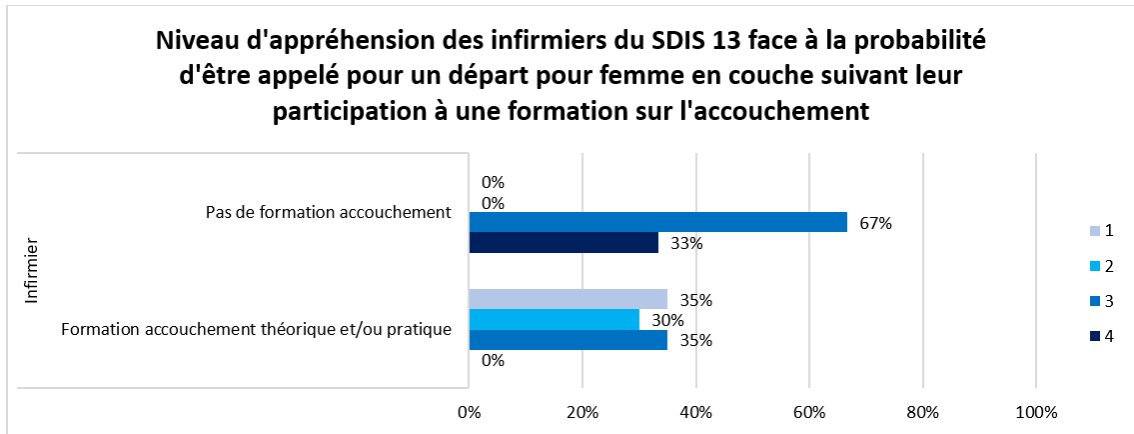
(p = 0,027)

Figure 7 : Comparaison du niveau d'appréhension et de stress des médecins du SDIS 13 en fonction de leur formation et des interventions réalisées dans leur carrière

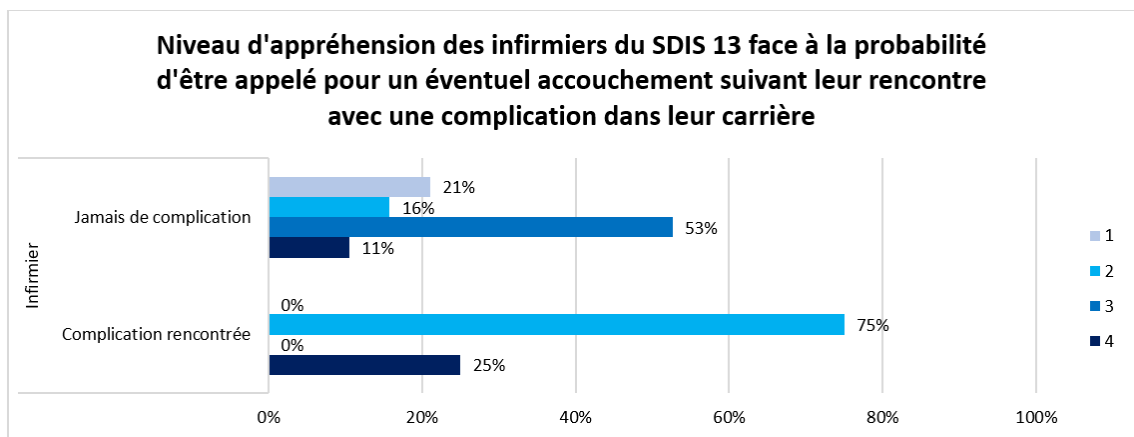


(p = 0,042)

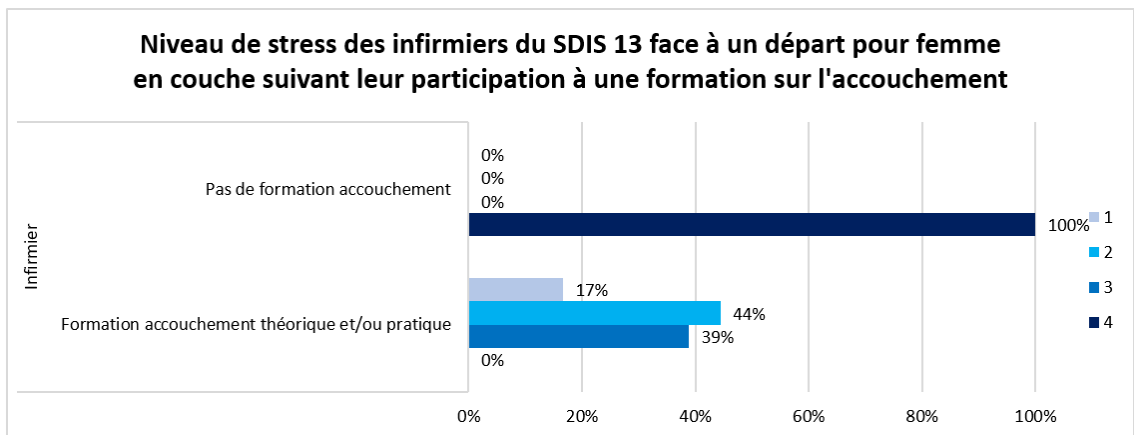
Figure 8 : Comparaison du niveau d'appréhension des médecins du BPM en fonction des interventions réalisées dans leur carrière



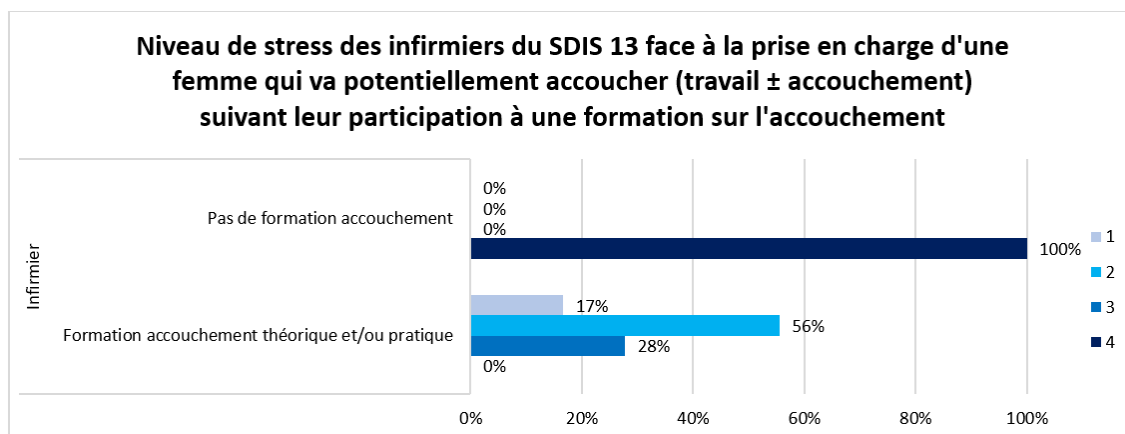
(p = 0,026)



(p = 0,048)

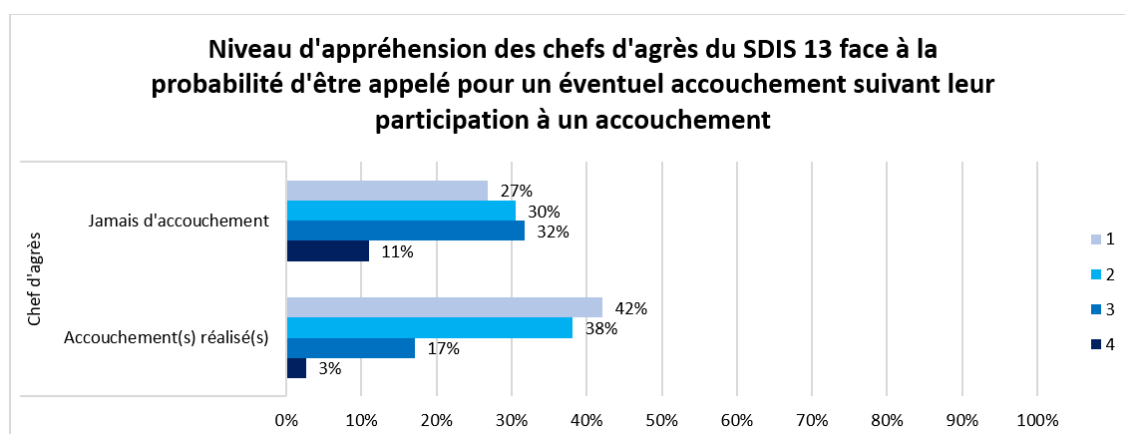


(p = 0,000)



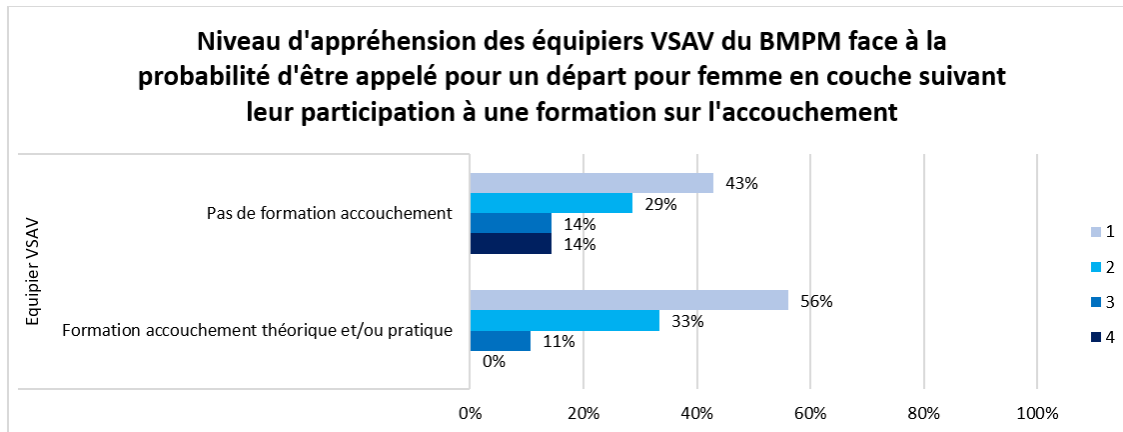
(p = 0,000)

Figure 9 : Comparaison du niveau d'appréhension et de stress des infirmiers du SDIS 13 en fonction de leur formation et des interventions réalisées dans leur carrière

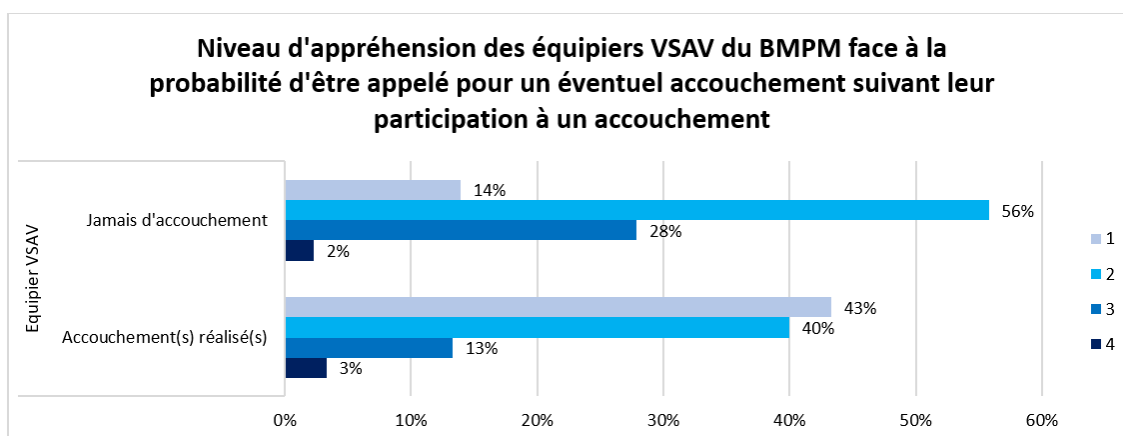


(p = 0,013)

Figure 10 : Comparaison du niveau d'appréhension des chefs d'agrès du SDIS 13 en fonction des interventions réalisées dans leur carrière



(p = 0,021)



(p = 0,036)

Figure 11 : Comparaison du niveau d'appréhension des équipiers VSAV du BMPM en fonction de leur formation et des interventions réalisées dans leur carrière

3. Souhaits d'amélioration pour la formation et les interventions

Les principaux souhaits d'amélioration pour la formation sont :

- 1) Pour tous : mise en place de sessions de formation continue théorique et pratique avec une formation complémentaire spécifique portant sur les complications possibles.

- 2) a) Pour les professionnels de santé : suivre une sage-femme référente en maternité pour le personnel médical.
- b) Pour les professionnels de secours : création de tutoriels vidéo à accès fermé réservés aux professionnels.

Les principaux souhaits d'amélioration pour les interventions sont :

- 1) Pour tous : mise en place de fiches récapitulatives à mettre dans les VSAV et AR/VLM avec check-list des différentes situations pouvant être rencontrées et rappel de manœuvres schématisées.
- 2) Pour tous également : sage-femme 24h/24 au centre 15 pouvant être contactée lors des interventions.
- 3) a) Pour les professionnels de santé : ajout de sacs de recueil pour quantifier les pertes sanguines dans le set « accouchement ».
- b) Pour les professionnels de secours : réalisation d'un débriefing systématique après les interventions avec un médecin du SMUR ou une sage-femme.

[Annexe 21]

D'autre part, 93% de la population totale pense que la présence d'une sage-femme en formation continue pratique serait bénéfique et 86% pour la formation continue théorique.

IV. Analyse et discussion

1. Validité de l'étude

609 questionnaires ont été récupérés : 346 au SDIS 13 et 263 au BMPM. Ces nombreuses réponses montrent un fort intérêt des pompiers pour le domaine de l'accouchement, qu'ils soient professionnels de santé ou de secours.

De plus, l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône est représenté puisque les marins-pompiers participants à l'étude font partie de tous les CIS du BMPM, et seulement 2 CS du SDIS 13 sur les 61 n'ont pas de sapeurs-pompiers participants.

Ensuite, le mot « obstétrique » a posé problème pour certains qui ne connaissaient pas ce terme et qui ont dû demander autour d'eux pour répondre. Ceci a pu entraîner des réponses incertaines.

2. Analyse et discussion

Les AIEH représentent une situation rare pour les marins-pompiers de Marseille (1,5% des interventions VSAV pour femme en couche) et sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône (4,2% des interventions VSAV pour femme en couche) mais elle concerne l'ensemble des pompiers (professionnels de santé et de secours), la très grande majorité des participants à l'étude étant déjà intervenue auprès de femmes enceintes (86% des sapeurs-pompiers et 98% des marins-pompiers). Environ $\frac{2}{3}$ d'entre eux (professionnels de santé ou de secours) ont été confrontés à au moins un accouchement dans leur carrière, avec 50% de réalisation de l'accouchement et 50% de prise en charge du post-partum immédiat car accouchement réalisé avant leur arrivée. Aussi, la moitié des médecins et infirmiers participants, et un quart des chefs d'agrès et équipiers VSAV ont déjà rencontré des complications.

Concernant la formation dans le domaine de l'obstétrique, l'étude a montré qu'au SDIS 13, la formation des professionnels remonte à plus de 5 ans pour 42% des

professionnels de santé et 55% des professionnels de secours. Au BMPM, 51% des professionnels de santé et 68% des professionnels de secours ont reçu leur dernière formation dans les 3 ans. De plus, peu de sapeurs-pompiers et de marins-pompiers ont reçu une formation sur le soutien psychologique, l'accompagnement des mamans, de l'entourage et des équipes de pompiers. En effet, aucune formation sur la communication n'existe concernant ce type d'intervention, que ce soit au SDIS 13 ou au BMPM. Au niveau du contenu, au BMPM, tous les marins-pompiers reçoivent une formation théorique, mais ils ont peu de formation pratique à cause d'un temps « compté » imposé par le référentiel national de la formation PSE* (Premiers Secours en Equipe). Les mannequins d'entraînements sont utilisés comme support de démonstration pour les secouristes ou pour les formations et comme entraînement du personnel médical et paramédical. Au BMPM, une formation continue sur l'accouchement est organisée tous les 3 ans. Au SDIS 13, environ 60% des sapeurs-pompiers ont reçu une formation théorique, et 15% seulement ont eu une formation pratique notamment à cause de cette même contrainte de temps, imposée par le référentiel national, et d'un manque de matériel spécifique à l'accouchement (pas de bassin accouchement par exemple). Il existe une formation continue dans le domaine des premiers secours incluse dans la FMPA* (Formation de Maintien et de Perfectionnement des Acquis) qui est obligatoire. Son contenu change chaque année. Elle se découpe en deux parties : une partie regroupe les points à aborder par tous les formateurs de secourisme de France (l'accouchement n'est pas présent), et à cela s'ajoute 2h de formation spécifique au choix de chaque SDIS. Pour ces 2h, le domaine de l'accouchement est rarement privilégié. Par exemple au SDIS 13, en 2019, le thème était « violences faites aux femmes » et « nature des missions SUAP* » (Secours d'Urgence Aux Personnes), et pour l'année 2020, les thèmes « NRBCe* » (Nucléaire, Radiologique, Bactériologique, Chimique, explosif) et « juridique » vont être abordés.

[Annexe 22]

Globalement, pour tout professionnel, la prise en charge d'une femme enceinte, et notamment des accouchements, représente une situation plus anxiogène que les autres interventions avec un niveau d'appréhension et de stress plus élevé. Ils

ressentent une crainte vis-à-vis de la survenue de complications, un manque de formation pratique avéré, en particulier pour les chefs d'agrès et équipiers VSAV, et un manque d'expérience et d'habitude dû à la faible fréquence des accouchements : ils ne se sentent pas à l'aise lors de ces interventions.

A noter que les médecins appréhendent beaucoup les accouchements, sans doute par un manque d'habitude, de formation pratique régulière sur les accouchements physiologiques et les complications, le fait qu'ils soient peu à l'aise avec ce type d'interventions (dans les gestes par exemple), qu'ils aient connaissance de toutes les complications possibles et que ces interventions amènent à la prise en charge de deux personnes : une mère et son nouveau-né (sachant que la prise en charge des nouveau-nés est plus anxiogène pour eux).

Il serait donc bénéfique de développer les formations pratiques au SDIS 13 et BMPM, ainsi que les formations théoriques de façon plus régulière au SDIS 13. D'autant plus que les AIEH augmentent le risque de morbidité maternelle (hémorragie du post-partum, lésions périnéales), de morbidité néonatale (hypothermie, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine) et de mortalité néonatale (liée essentiellement au petit poids de naissance et à la prématurité (mortalité doublée en cas de prématurité <35 SA)). [9][11][15]

Les recommandations formalisées d'experts de la SFAR et de la SFMU permettent de prévenir ces complications. Par exemple, pour prévenir l'hémorragie de la délivrance, *« il est recommandé de pratiquer une délivrance dirigée [en administrant] cinq unités d'ocytocine en intraveineuse directe lente à la sortie complète de l'enfant et au plus tard dans la minute qui suit son expulsion »*, et pour lutter contre l'hypothermie, *« il faut sécher l'enfant [...] et toujours couvrir sa tête avec un bonnet. Le peau-à-peau avec la mère, doit être privilégié dans les sites de l'accouchement et avant le transport. »* [8]

De plus, pour tous, il serait bénéfique de compléter cette formation en abordant la notion d'accompagnement.

Les difficultés les plus retrouvées dans les réponses des participants à l'étude quelle que soit leur fonction sont :

- La communication et le terrain d'intervention : ceci peut être expliqué par le profil des femmes accouchant de façon inopinée, c'est-à-dire multipare, en situation de précarité élevée, de nationalité étrangère et une grossesse non suivie. [11][14][15] D'autant plus dans les Bouches-du-Rhône, et plus particulièrement à Marseille, où la proportion d'immigrés et d'étrangers est supérieure à la moyenne nationale. En effet, selon l'INSEE, en 2016, la France comptait 9,5% d'immigrés et 6,7% d'étrangers. [24] Dans les Bouches-du-Rhône, 10,7% de la population est immigrée et 6,8% étrangère [25], sachant que Marseille rassemble 14,5% d'immigrés et 9,6% d'étrangers. [26] La barrière de la langue et la précarité sont donc plus fréquemment rencontrées, en particulier par les marins-pompiers, ainsi que l'absence d'information du fait de l'absence de suivi. A noter que ce dernier peut générer aussi plus de complications.

Face à la barrière de la langue, certains CS du SDIS 13 ont pris l'initiative de créer des « fiches de dialogue » avec des « phrases type » traduites en plusieurs langues. C'est le cas par exemple du CS d'Allauch. Mais le domaine obstétrical n'est pas compris dans les traductions. Et ces fiches ne sont actuellement pas généralisées dans toutes les casernes. [Annexe 23] Côté BPPM, les marins-pompiers utilisent l'application « Mediglote » qui permet d'avoir la traduction, en plusieurs langues, de certains termes médicaux et phrases type.

- L'éloignement : il est difficile pour les pompiers (qu'ils soient professionnels de santé ou de secours) d'évaluer la situation par manque de connaissance, manque d'habitude et également au vu du caractère imprévisible de l'obstétrique. Dans les Bouches-du-Rhône, le temps d'accès médian pour arriver à une maternité est de 18-19 min (allant de 5 à 28 min de temps de trajet). [27]

Afin de mieux évaluer le degré d'urgence et les besoins de renfort pendant ces interventions, un bilan complet est essentiel à partir de l'interrogatoire et de l'analyse de la situation. Certaines questions doivent être systématiquement posées par tous les

pompiers devant toute femme enceinte, quels que soient son terme et le motif d'intervention :

- Terme de la grossesse
- Perte de liquide amniotique
- Métrorragies
- Mouvements actifs fœtaux
- Contractions utérines
- Parité

Ces questions devraient être enseignées, aux chefs d'agrès et équipiers VSAV notamment, de façon à ce que ces professionnels aient le réflexe de les poser devant toute femme enceinte. Le bilan peut être ensuite complété avec l'aide du régulateur, s'il manque des données suite aux transmissions du chef d'agrès :

- Antécédents : gestité, allergies et maladies connues, antécédents (césarienne, accouchement rapide/extrahospitalier, hémorragie).
- Grossesse actuelle : maternité de suivi, jumeaux, maladies, traitements, présentation.
- Si menace d'accouchement imminent ou en cours : envie de pousser.

De plus, 50% des pompiers participants ayant des enfants estiment que le fait de devenir parent a modifié leur niveau d'appréhension et de stress. Ceci peut être expliqué par le fait d'avoir vécu un accouchement, le fait d'avoir vu comment se passe la grossesse, l'accouchement, l'accueil du nouveau-né à la naissance. Cela peut les rassurer : un accouchement peut bien se passer. Cela peut diminuer, voire faire disparaître, la peur vis-à-vis d'un « *tout petit* ». La grossesse, l'accouchement, la prise en charge du nouveau-né deviennent parlant pour eux car ils connaissent à présent, ils ne sont plus dans l'inconnu.

Pour l'autre moitié, le fait de devenir parent n'a pas modifié leur niveau d'appréhension et de stress. Ceci peut être expliqué par le fait que les conditions sont différentes, la position en tant que professionnel est différente de la position de futur parent (d'autant plus pour les femmes). Ils sont responsables de la mère et du nouveau-né lors de ces interventions, et si certaines histoires personnelles se sont mal déroulées avec des

complications, cela peut raviver ces mauvais souvenirs qui vont entretenir un niveau d'appréhension et de stress élevé.

Ensuite, concernant l'influence de l'ancienneté, la réalisation d'une formation sur l'accouchement, d'une formation sur la prise en charge du nouveau-né (notamment réanimation néonatale), la participation à un accouchement et la rencontre de complications sur le niveau d'appréhension et de stress des professionnels de santé et de secours marins-pompiers et sapeurs-pompiers, cette étude révèle que l'ancienneté n'influe pas de façon significative sur leur niveau d'appréhension et de stress. Cependant, elle révèle aussi que, de façon significative, côté professionnels de santé :

- La participation à une formation sur la prise en charge du nouveau-né diminue le niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 vis-à-vis d'un départ pour femme en couche (passant de 100% d'entre eux à 3 sur l'échelle de Likert sans formation, à 81% à 1-2 avec formation), d'un éventuel accouchement (passant de 100% à 3-4 sans formation, à 64% à 1-2 avec formation) ; et diminue leur niveau de stress vis-à-vis de la prise en charge d'une femme enceinte (passant de 67% à 4 sans formation, à 72% à 1-2 avec formation), et de la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat (passant de 66% à 3-4 sans formation, à 81% à 1-2 avec formation).
- Le fait d'avoir déjà réalisé un accouchement dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 vis-à-vis d'un départ pour femme en couche (passant de 80% d'entre eux à 3-4 sans en avoir réalisé, à 85% à 1-2 après en avoir réalisé au moins un) ; et leur niveau de stress vis-à-vis de la prise en charge du travail et de l'accouchement le cas échéant (passant de 75% à 4 sans en avoir réalisé, à 70% à 1-2 après en avoir réalisé au moins un), et de la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat (passant de 75% à 3-4 sans en avoir réalisé, à 85% à 1-2 après en avoir réalisé au moins un).
- Le fait d'avoir rencontré une ou plusieurs complications dans leur carrière diminue l'appréhension des médecins du BMPM vis-à-vis d'un éventuel accouchement (passant de 78% d'entre eux à 3-4 sans complication rencontrée, à 80% à 1-2 après en avoir rencontré une ou plusieurs fois) et des infirmiers du

SDIS 13 (passant de 64% d'entre eux à 3-4 sans complication rencontrée, à 75% à 2 après en avoir rencontré une ou plusieurs fois).

Ces deux points sur la réalisation d'un accouchement et la rencontre de complications par les médecins montrent que l'expérience est positive dans ce domaine.

- La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau d'appréhension des infirmiers du SDIS 13 vis-à-vis d'un départ pour femme en couche (passant de 100% d'entre eux à 3-4 sans formation, à 65% à 1-2 avec formation) ; et leur niveau de stress vis-à-vis de la prise en charge d'une femme enceinte (passant de 100% à 4 sans formation, à 61% à 1-2 avec formation), et de la prise en charge du travail et de l'accouchement le cas échéant (passant de 100% à 4 sans formation, à 73% à 1-2 avec formation).

Et côté professionnels de secours :

- Le fait d'avoir déjà réalisé un accouchement dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des chefs d'agrès du SDIS 13 vis-à-vis d'un éventuel accouchement (passant de 32% d'entre eux à 3-4 (soit 57% à 1-2) sans en avoir réalisé, à 20% à 3-4 (soit 80% à 1-2) après en avoir réalisé au moins un) et des équipiers VSAV du BMPM (passant de 30% à 3-4, 56% à 2 et 14% à 1 sans en avoir réalisé, à 16% à 3-4, 40% à 2 et 43% à 1 après en avoir réalisé au moins un).
- La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau d'appréhension des équipiers VSAV du BMPM vis-à-vis d'un départ pour femme en couche (passant de 28% d'entre eux à 3-4 (soit 72% à 1-2) sans formation, à 11% à 3-4 (soit 89% à 1-2) avec formation).

[Annexe 20]

En somme, les formations sur l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né diminuent l'appréhension et le stress de tous les pompiers, en particulier les professionnels de santé. De plus, la participation à un accouchement et la rencontre avec une ou plusieurs complications diminuent l'appréhension et le stress des professionnels de santé et de secours.

Le développement de formations pratiques régulières avec manipulation sur bassin et mises en situation (simulation) semble donc bénéfique, et pourrait être associé à un

stage en maternité pour les professionnels de santé pour maintenir les acquis (connaissances, bilan, gestes), et des tutoriels vidéo pour les professionnels de secours, pouvant permettre de voir comment se déroule un accouchement et de visualiser les différentes étapes de l'expulsion avec rappel des gestes.

Ceci est en accord avec les souhaits d'amélioration les plus demandés par les participants (professionnels de santé et de secours) qui sont, côté formation :

- En premier lieu, pour 85% des professionnels de santé et 58% des professionnels de secours, la mise en place de sessions de formation continue régulières théorique et pratique. Tous les pompiers, quelle que soit leur fonction, estiment manquer de formation et sont en demande. A noter que 93% d'entre eux souhaitent avoir une sage-femme pour les formations pratiques et 86% pour les formations théoriques.
- En second lieu, pour 43% des professionnels de santé, la mise en place d'un stage en maternité, et pour 42% des professionnels de secours, la mise en place de tutoriels vidéo.

Et côté intervention :

- En premier lieu, pour 69% des professionnels de santé et 62% des professionnels de secours, la mise en place de fiches récapitulatives à mettre dans les VSAV et VLM/AR, et pour 53% des professionnels de santé et 51% des professionnels de secours, la mise en place d'une sage-femme régulatrice au centre 15 24h/24 pouvant guider les professionnels par téléphone lors des interventions.
- En second lieu, pour 35% des professionnels de santé, l'ajout de sacs de recueil dans les sets « accouchement », et pour 37% des professionnels de secours, la mise en place de débriefings systématiques avec une sage-femme ou un médecin du SMUR après ces interventions.

La loi n°2004-391 du 4 mai 2004¹ relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social notifie que la formation professionnelle en France repose sur le parcours professionnel et l'initiative individuelle. « *La formation professionnelle tout*

¹ Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. Legifrance.gouv.fr [En ligne]. [cité le 20 février 2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810&categorieLien=id>

au long de la vie constitue une obligation nationale. » (Article L.900-1 du Code du travail)
[28]

De plus, les situations de simulation ont montré leur intérêt dans le domaine de la formation. L'objectif étant de former en « *pleine échelle* » ou en « *haute-fidélité* » c'est-à-dire « *dans des situations les plus proches possibles de contextes authentiques* ». La simulation en formation peut être considérée comme un « *dispositif de formation* » permettant de rendre un contexte didactique, et comme une « *mise en situation stratégique* » permettant de pouvoir pratiquer et répéter la pratique ; la répétition pratique étant un « *facteur de conditionnement opérant* » et une « *construction de l'expérience* ». La simulation permet également une immersion engendrant des émotions, ce qui permet de pouvoir mesurer « *l'importance formative de ce qui se passe en dehors de la situation proprement dite (débriefing, prise de recul, réflexivité)* », ceci pouvant être « *analysé, décortiqué, discuté et reconsidéré a posteriori* ». [29] La formation, et plus particulièrement la formation pratique associée à la simulation, est donc un élément essentiel pour une prise en charge optimale des interventions.

Concernant l'AIEH, il est souvent rapide et eutocique mais plus à risque de complications. La connaissance de la mécanique obstétricale et une formation pratique sont indispensables pour prévenir au mieux les complications. [13]

Aussi, les débriefings ainsi que l'entourage représentent un « *renforcement positif* » dans ce métier à risque, qui permettra de surmonter des « *confrontations au potentiel traumatogène* » sachant que « *l'équilibre et le bien-être psychologique constituent [...] des paramètres fondamentaux dans le fonctionnement institutionnel et opérationnel.* » De plus, « *la formation pluridisciplinaire initiale, les facteurs motivationnels et l'engagement volontaire [...] dans l'exercice de ce métier constituent des facteurs de protection psychique importants* ». [30]

Enfin, l'importance du rôle de la sage-femme pendant les formations, dans la prise en charge de ces interventions et dans les débriefings post-interventionnels peut être soulignée. La sage-femme a un rôle central aux yeux des marins-pompiers et des sapeurs-pompiers, que ce soient médecins, infirmiers, chefs d'agrès et équipiers VSAV.

3. Propositions d'amélioration

Plusieurs propositions vont permettre d'apporter des réponses aux besoins des marins-pompiers et des sapeurs-pompiers, afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Certaines sont déjà en projet côté SDIS 13 par l'intermédiaire du Dr J. FABBRI. Côté BMPM, il est en projet d'aller présenter le mémoire et les propositions d'amélioration lors d'un staff avec le Dr D. MEYRAN (Directeur du SMUR).

- 1) Mise en place de sessions de formation continue théorique et pratique avec au moins une sage-femme, un médecin et un formateur qui sera préalablement formé dans ce domaine :
 - Abord de la physiologie de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né
 - Manœuvres obstétricales
 - Réanimation du nouveau-né

Avec pratique sur bassin et mise en situation avec discussion sur l'accompagnement de la maman, de l'entourage et de l'équipe de pompiers.

Au SDIS 13, 4 bassins « accouchement » ont été commandés et reçus fin 2018 par le Dr J. FABBRI, suite à la pré-enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire. Le contenu de ces sessions de formation va être élaboré en partenariat avec les Formateurs de Formateurs de Premiers Secours (FFPS*) référents : le chef d'agrès C. DRONG et le médecin J. FABBRI, d'autres formateurs et deux sages-femmes : J. DE RAEDT (sapeur-pompier volontaire à Martigues) et moi-même après l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Ces sessions débuteront au cours de l'année 2020 et seront, dans un premier temps, organisées sous forme de soirées dans chaque groupement.

- 2) Mise en place de fiches récapitulatives sur l'accouchement dans les sets « accouchement » des VSAV et VLM/AR, qui seront également utilisées lors des formations. [Annexe 24] Ces fiches, proposées en annexe, ont été créées dans le cadre de cette étude.

La fiche VSAV a été examinée et modifiée à plusieurs reprises, en partenariat avec des chefs d'agrès et des formateurs du SDIS 13 dont le chef d'agrès C. DRONG et le médecin J. FABBRI, tous deux FFPS référents et conseillers techniques de la zone sud ; de même pour la fiche VLM avec les médecins J. FABBRI et J. MARMIN. Au cours de l'année 2020, ces fiches seront ajoutées au contenu du set « accouchement » de tous les VSAV et VLM, et incluses dans les livrets « Equipier VSAV » et les livrets « Formateur Premiers Secours » du SDIS 13.

- 3) Mise en place d'une fiche bilan complémentaire femme enceinte dans les VSAV.
[Annexe 25]

Celle-ci, créée dans le cadre de cette étude et proposée en annexe, a été examinée et modifiée en partenariat avec le chef d'agrès C. DRONG et les médecins J. FABBRI et J. MARMIN. Au cours de l'année 2020, ces fiches seront ajoutées dans les VSAV et incluses dans les livrets « Formateur Premiers Secours » du SDIS 13.

- 4) A toutes les formations initiales et formations continues (FMIPA) : les 6 questions indispensables de la prise en charge d'une femme enceinte (décrites sur la fiche bilan complémentaire) seront systématiquement enseignées et évaluées.
- 5) Création de tutoriels vidéo, à accès fermé réservés aux professionnels, qui reprennent les notions abordées en formation continue. Ces vidéos seront créées, au SDIS 13, au cours de l'année 2020, en partenariat avec les formateurs intervenant pour les sessions de formation continue dont le Dr J. FABBRI, J. DE RAEDT et moi-même.

- 6) Dans les sets « accouchement » : ajout de sacs de recueil gradués quantifiant les pertes sanguines + surblouse et lunettes de protection.
- Côté SDIS 13, après accord du médecin chef R. TRAVERSA, le bistouri présent dans les sets des VSAV va être remplacé par une paire de ciseaux pour cordon ombilical à usage unique. Les sets « accouchement » actuels des VSAV et VLM sont présentés en annexe. [Annexe 26] Leur contenu sera revu en partenariat

avec le Dr J. FABBRI, J. DE RAEDT et moi-même au cours de l'année 2020. De plus, une demande a été faite, par le Dr J. FABBRI, pour ajouter des sacs de recueil dans les sets « accouchement » des VLM.

Côté BMPM, les sets « accouchement » actuels des VSAV et AR sont également présentés en annexe. [Annexe 27] Leur contenu sera revu en fonction des besoins d'amélioration de la prise en charge d'un accouchement.

- 7) Mise en place d'un débriefing systématique après chaque intervention avec l'équipe présente et un médecin du SMUR ou une sage-femme.
- 8) Mise en place d'un soutien psychologique systématique pour les équipes après chaque intervention difficile.
- 9) Création et mise en place de fiches de dialogue dans les CS pour réduire la barrière de la langue, incluant les phrases clés du domaine obstétrical, dont le bilan complet, nécessaires lors de la prise en charge d'une femme enceinte.
En complément, le téléchargement de l'application « Médiglotte », utilisée par les marins-pompiers, sera proposée à tous les sapeurs-pompiers.
- 10) Création d'un poste de sage-femme « expert » au sein du SDIS 13 qui apportera ses compétences dans le domaine de l'obstétrique à des moments ciblés : informations, débriefings, formations, retours d'expérience.
- 11) Mise en place d'un partenariat avec une maternité et des sages-femmes volontaires afin d'organiser un « stage » de 2 ou 3 gardes avec une sage-femme référente pour les professionnels de santé (médecins en priorité).
- 12) Sage-femme au centre 15, 24h/24, pouvant être contactée lors des interventions pour réguler et guider les équipes en cas d'accouchement extrahospitalier.
Les pompiers, professionnels de santé et de secours, aimeraient avoir en direct une sage-femme pour les rassurer. Une sage-femme régulatrice du SAMU 13 pense que *« ça pourrait être une possibilité d'amélioration. Le chef de service actuel aimerait bien que les sages-femmes régulatrices soient là 24h/24 pour réguler les dossiers « Périnat » »*.

V. Conclusion

Les marins-pompiers et sapeurs-pompiers sont en première ligne dans la prise en charge des accouchements inopinés extrahospitaliers. Les interventions concernant la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements sont peu fréquentes dans le département mais les pompiers y sont confrontés régulièrement et certains peuvent même y être confrontés plusieurs fois dans leur carrière.

Cette étude a permis de mettre en évidence de nombreuses limites tant situationnelles que psychologiques dans la prise en charge de ces interventions pour tous les pompiers, qu'ils soient médecins, infirmiers, chefs d'agrès ou équipiers VSAV. Elle a souligné que ces interventions sont plus anxiogènes, et qu'elles mettent en jeu des difficultés dues en partie au profil des femmes qui accouchent de façon inopinée : population précaire, de nationalité étrangère avec un mauvais, voire une absence, de suivi de ces grossesses, mais également à un manque de formation continue théorique et surtout pratique avec des mises en situations.

Cette étude a également permis de mettre en avant la demande des pompiers (professionnels de santé et de secours) de collaborer avec une sage-femme pour les formations théoriques et pratiques, la prise en charge de ces interventions et le post-interventionnel, avec notamment des débriefings pour leur apporter des aides et conseils adaptés à ce type d'intervention atypique, sachant que l'obstétrique reste imprévisible.

Enfin, des propositions d'amélioration ont été formulées. Certaines vont être mises en place au SDIS 13 à court terme, comme la mise en place d'une formation continue régulière associant théorie et pratique avec une sage-femme, de fiches récapitulatives faisant appel aux formations et servant de guide en cas d'intervention, d'une fiche bilan complémentaire pour la femme enceinte (reprenant les questions qui seront enseignées en formation initiale et formation continue), la création de tutoriels vidéo, la mise en place d'un débriefing systématique avec sage-femme ou médecin SMUR et l'ajout de sacs de recueil pour quantifier les pertes sanguines.

Il serait intéressant de renouveler cette étude suite à la mise en place de certaines de ces propositions, en particulier la formation continue avec une sage-femme et les outils d'aide pour les interventions, afin de déterminer si le niveau d'appréhension et de stress des médecins, infirmiers, chefs d'agrès et équipiers VSAV a diminué et ainsi pouvoir encore optimiser la prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés.

VI. Bibliographie

1. Bataillon de marins-pompiers de Marseille. Bienvenue sur Bataillon de marins-pompiers de Marseille [En ligne]. [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <http://www.marinspompiersdemarseille.com/>
2. SDIS13 Sapeurs-pompiers des Bouches-du-Rhône. – SDIS13 – Sapeurs Pompiers des Bouches du Rhône [En ligne]. [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <http://www.sdis13.fr/>
3. Rey-Debove J., Rey A. Le Nouveau Petit Robert. 2nde éd. Paris : Dictionnaires Le Robert ; 1993.
4. AP-HM*. Samu13 [En ligne]. [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <http://fr.ap-hm.fr/site/samu13>
5. Comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles (DDSC*) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS*). Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente : référentiel commun [En ligne]. 25 juin 2008 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/Les-services-departementaux-d-incendie-et-de-secours/Organisation-du-secours-a-personne-et-de-l-aide-medicale-urgente>
6. Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC*). Recommandations relatives aux premiers secours [En ligne]. Septembre 2014 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels>

7. DDSC. Schéma national des formations des sapeurs-pompiers : unité de valeur de formation, secours à personnes SAP 2 : emploi, chef d'agrès [En ligne]. 1^{er} janvier 2007 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Emplois-operationnels-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-volontaires>
8. Bagou G., Cabrita B., Ceccaldi P.-F., Comte G., Corbillon-Soubeiran M., Diependaele J.-F., Duchateau F.-X., Dupuis O., Hamel V., Launoy A., Laurenceau-Nicolle N., Menthonnex E., Penverne Y., Rackelboom T., Rozenberg A., Telion C. (SFAR, SFMU) Recommandations formalisées d'experts : Urgences obstétricales extrahospitalières. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Juillet 2012 ; 31 (7-8) : 652-65.
9. Bouet P.-E., Chabernaud J.-L., Duc F., Khouri T., Leboucher B., Riethmuller D., Descamps P., Sentilhes L. Accouchement inopiné extrahospitalier. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Mars 2014 ; 43 (3) : 218-28.
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Samu / Smur. [En ligne]. [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur>
11. Goddet N.-S., Pes P., Bagou G., Templier F., Hamel V. (SFMU, SAMU-Urgences de France) Régulation de la femme enceinte : pour un accouchement inopiné. Urgences 2015. Juin 2015 ; chapitre 2 : 1-14.
12. Menthonnex E., Menthonnex P. Transferts *in utero* médicalisés : critères décisionnels en régulation médicale et modalités de prise en charge des

services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2003 ; 32 (2) : 157-68.

13. Bagou G., Soubeiran M., Hamel V. Accouchement extrahospitalier et complications. EMC – Médecine d'urgence. Juin 2016 ; 11 (2) : 1-10. [Article 25-070-B-40]. DOI : 10.1016/S1959-5182(16)56605-7.
14. Jaulin D. Accouchements inopinés : étude de cas à Marseille. [Thèse, Médecine Générale]. Marseille : Faculté de Médecine de Marseille ; 2015.
15. Gamerre M., Guidicelli B., Olivier S., Porcu G., Cohen D., Combe M. (CNGOF) Alternatives à l'hospitalisation en obstétrique. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Décembre 1998 ; XXII : 199-215.
16. Insee. Les naissances en 2018 en France – Etat civil - Insee Résultats. [En ligne]. 12 septembre 2019 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4190314?sommaire=4190525&q=lieu+de+naissance>
17. Insee. Les naissances en 2018 – Etat civil - Fichiers détail. [En ligne]. 27 septembre 2019 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4215180?sommaire=4215184&q=naissance+2018+par+lieu+de+naissance>
18. DGSCGC. Recommandations relatives aux unités d'enseignement « premiers secours en équipe » (PSE1 et PSE2) : fiches modifiées [En ligne]. Juin 2018 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels>
19. DGSCGC. Recommandations relatives aux unités d'enseignement « premiers secours en équipe » (PSE1 et PSE2) : fiches modifiées [En ligne]. Septembre

2019 [cité le 23 janvier 2020]. Disponible : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels>

20. DGSCGC. Référentiel national d'activités et de compétences de l'emploi opérationnel tenu par les sapeurs et caporaux de sapeur-pompier professionnel : Equipier [En ligne]. 22 août 2019 [cité le 23 février 2020]. <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-de-tronc-commun>
21. DGSCGC. Référentiel national d'activités et de compétences de sapeur-pompier volontaire : Equipier [En ligne]. 22 août 2019 [cité le 23 février 2020]. <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-de-tronc-commun>
22. DGSCGC. Référentiel national d'activités et de compétences de l'emploi opérationnel tenu par les sergents de sapeur-pompier professionnel : Chef d'agrès d'un engin comportant une équipe [En ligne]. 22 août 2019 [cité le 23 février 2020]. <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-de-tronc-commun>
23. DGSCGC. Référentiel national d'activités et de compétences de sapeur-pompier volontaire : Chef d'agrès d'un engin comportant une équipe [En ligne]. 22 août 2019 [cité le 23 février 2020]. <https://www.interieur.gouv.fr/Le->

[ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-de-tronc-commun](http://www.ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-de-tronc-commun)

24. Insee. Etrangers - Immigrés en 2016 – France métropolitaine. [En ligne]. 25 juin 2019 [cité le 12 février 2020]. Disponible :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177618?geo=METRO-1>
25. Insee. Etrangers - Immigrés en 2016 – Département des Bouches-du-Rhône (13). [En ligne]. 25 juin 2019 [cité le 12 février 2020]. Disponible :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177618?geo=DEP-13>
26. Insee. Etrangers - Immigrés en 2016 – Commune de Marseille (13055). [En ligne]. 25 juin 2019 [cité le 12 février 2020]. Disponible :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177618?geo=COM-13055>
27. Baillot A., Evain F. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes et résultats DREES. Octobre 2012 ; (814) : 1-8.
28. Barnier L.-M. L'initiative individuelle face à ses obstacles – Genre et formation professionnelle dans le transport aérien. Cahiers du Genre 2010 ; 1 (48) : 103-25.
29. Audran J. Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité. Recherche et formation 2016 ; 2 (82) : 9-16.
30. Mauro C. Clinique d'un métier à risques, dans le quotidien d'un sapeur-pompier. Etudes sur la mort 2009 ; 2 (136) : 131-6.

VII. Annexes

- 1) Quelques chiffres : BMPM, SDIS 13 et SAMU 13
- 2) Score de Malinas A et B
- 3) Score SPIA (Score Prédicatif de l'Imminence d'un Accouchement)
- 4) Score Premat-SPIA
- 5) Recommandations PSE : accouchement inopiné
- 6) Recommandations PSE : prise en charge du nouveau-né à la naissance
- 7) Recommandations PSE : soin au cordon ombilical
- 8) Support de la formation réalisée au BMPM
- 9) Support de la formation réalisée au SDIS 13
- 10) Pré-enquête exploratoire : grille d'entretien
- 11) Pré-enquête exploratoire : entretiens retranscrits
- 12) Pré-enquête exploratoire : grille d'analyse des résultats
- 13) Questionnaire
- 14) Autorisation de diffusion des questionnaires au SDIS 13
- 15) Autorisation de diffusion des questionnaires au BMPM
- 16) Etude : fonction et lieu d'exercice des participants
- 17) Etude : contenu de formation reçu en obstétrique et pédiatrie
- 18) Etude : difficultés rencontrées pendant les interventions
- 19) Etude : niveau d'appréhension et de stress des pompiers et raisons d'un stress supérieur aux autres interventions
- 20) Etude : influence de l'ancienneté, la réalisation d'une formation sur l'accouchement, la réalisation d'une formation sur la prise en charge du nouveau-né (notamment réanimation néonatale), la participation à un accouchement et la rencontre de complications sur le niveau d'appréhension et de stress des pompiers
- 21) Etude : souhaits d'amélioration des participants pour les formations et les interventions
- 22) Organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours au titre de l'année 2020
- 23) « Fiches dialogue » du centre de secours d'Allauch
- 24) Fiches récapitulatives sur l'accouchement
- 25) Fiche bilan complémentaire de la femme enceinte
- 26) Contenu des sets « accouchement » des sapeurs-pompiers du SDIS 13
- 27) Contenu des sets « accouchement » des marins-pompiers du BMPM

Annexes 1

Quelques chiffres : BMPM, SDIS 13 et SAMU 13

Chiffres du BMPM

	2018	2019
Nombre total d'interventions	124 081	121 172
Secours à personne (SAP)	111 311	107 247
Nombre de départs pour femme en couche	2244	2206
Accouchements inopinés extrahospitaliers	38	29

Chiffres du SAMU 13 (Marseille)

	2018	2019	
Nombre d'appels pour motif obstétrical	4252	4121	
Nombre de départs pour femme en couche (motif accouchement)	Accouchement imminent ou en cours	17	44
	Accouchement réalisé hors hôpital	26	26
	Menace d'accouchement imminent	105	106
	Procédure accouchement à domicile	0	1
	Total départs motif accouchement	148	177
Accouchements inopinés extrahospitaliers	Accouchement réalisé par les pompiers (naissance hors hôpital)	11	28
	Accouchement déjà réalisé	25	53
	Total AIEH	36	81
Complications du travail et de l'accouchement	4	11	

Chiffres du SDIS 13

		2018	2019
Nombre total d'interventions		141 175	142 196
Secours à personne (SAP)		112 898	112 484
Nombre de départs pour femme en couche (motif accouchement)		868	764
Accouchements inopinés extrahospitaliers	Accouchement réalisé par les pompiers	15	20
	A domicile :	6	14
	Dans le VSAV :	9	6
	Accouchement réalisé avant leur arrivée	17	16
Total AIEH		32	36
Complications :			
Réanimation néonatale		0	1
Hémorragie de la délivrance		0	1
« Déni de grossesse »		1	2
Procidence du cordon -> transport		1	0

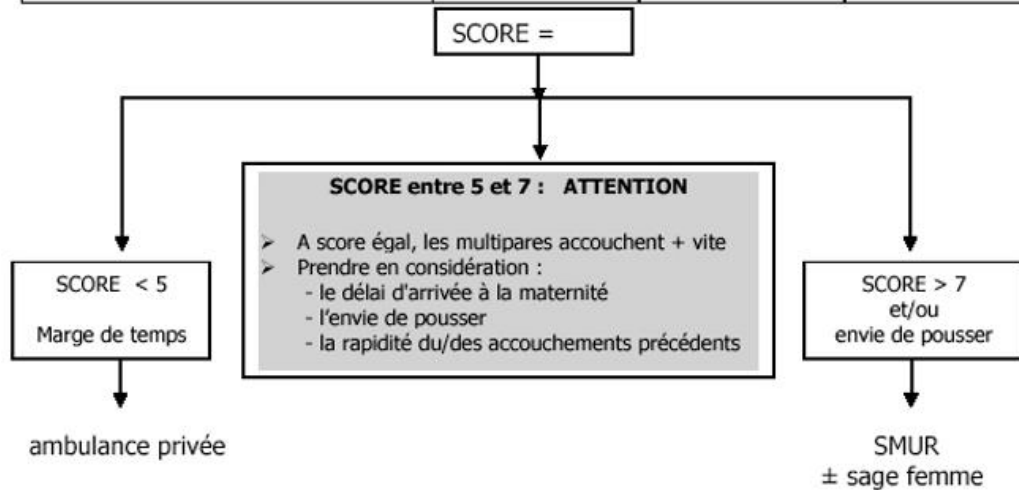
Chiffres du SAMU 13 (Hors Marseille)

		2018	2019
Nombre d'appels pour motif obstétrical		2497	2281
Nombre de départs pour femme en couche (motif accouchement)	Accouchement imminent ou en cours	10	13
	Accouchement réalisé hors hôpital	11	10
	Menace d'accouchement imminent	41	47
	Procédure accouchement à domicile	1	0
	Total départs motif accouchement	63	70
Accouchements inopinés extrahospitaliers	Accouchement réalisé par les pompiers (naissance hors hôpital)	6	8
	Accouchement déjà réalisé	15	16
	Total AIEH	21	24
Complications du travail et de l'accouchement		1	4

Annexe 2

Score de Malinas A

COTATION	0	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	< 3h	3 à 5 h	≥ 6 h
Durée des contractions	<1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
Perte des eaux	non	récente	> 1h



Score de Malinas B

Dilatation de ...	Primipare (h)	Deuxième pare	Multipare
5 cm ... à DC	4	3 h	1 h 30
7 cm ... à DC	2	1 h	30 min
9 cm ... à DC	1	30 min	Quelques min

Délai < 1 heure
Accouchement
sur place

ATTENTION
 Prendre en considération :
 1) le délai d'arrivée à la maternité
 2) l'envie de pousser
 3) la rapidité du/des accouchement(s) précédent(s)

Délai > 1 heure
Transport en DLG
+ oxygène si SFA

DC : dilatation complète
 DLG : décubitus latéral gauche
 SFA : souffrance fœtale aiguë

Goddet N.-S., Pes P., Bagou G., Templier F., Hamel V. Régulation de la femme enceinte : pour un accouchement inopiné. Chapitre 2 ; 2015

Bouet P.-E., Chabernaude J.-L., Duc F., Khouri T., Leboucher B., Riethmuller D., Descamps P., Sentilhes L. Accouchement inopiné extrahospitalier ; 2014

Annexe 3

Score SPIA (Score Prédicatif de l'Imminence d'un Accouchement)

	0	+2	+3	+4	+5	+6	+8	Total
APPEL pour ACCOUCHEMENT			IMMINENT ± PANIQUE					0 ou 3
CONTACT avec la PARTURIENTE	OUI		IMPOSSIBLE					0 ou 3
ENVIE DE POUSSER DEPUIS ?	Ø	NE			DEPUIS + de 30' Ou TEMPS NE	DEPUIS - de 30'		0 ou 6
RYTHME des CONTRACTIONS	ÉVASIF (5-10') OU Ø			NE	FRÉQUENTES (4-6 minutes)		PERMANENTES	0 ou 8
* FACTEURS AGGRAVANTS		ATCD accouch RAPIDE (≤ 1 h) Ou à DOMICILE	26 à 35 ans				Ø SUIVI de GROSSESSE	2 à 13

* Un ou plusieurs facteurs (en faire la somme) Ø : aucun NE : non évalué

OTER : 7 POINTS si PREMIER ACCOUCHEMENT -7

3 POINTS si TRAITEMENT TOCOLYTIQUE PENDANT LA GROSSESSE (Per Os ou suppo) -3

SCORE SPIA =

Interprétation du score SPIA

Score < 10	Délais admission < 30 min.	Risque faible* : Transport sanitaire
Score < 5	Délais < 1 ou 2 h	
Score > 24	Délais < 30 min.	Risque fort** : SMUR
Score > 15	Délais < 1 h	
Score > 10	Délais < 2 h	

* VPN > 95 % et Se < 80 %

** VPP > 33 % et Spe > 80 %

Annexe 4

Score Prémat-SPIA

	Modalités	OR _a	[IC 95 %]	Score Prémat-SPIA (points)
Motif d'appel	grossesse imminence, panique	1 8,9 ¹	[1,9-41]	+ 2
Contact téléphonique avec parturiente	oui non	1 8,0 ²	[0,9-71]	+ 2
Douleurs abdominales	< 3 heures ≥ 3 heures ou NE	1 6,0 ²	[1,1-34]	+ 2
Rupture de la poche des eaux	non oui ou NE	1 20,3 ³	[3,6-114]	+ 3

OR_a : odds ration ajustés (goodness of fit, $p = 0,1$) ; IC 95 : intervalle de confiance à 95 % ; NE : non évalué ; 1. $p < 10^{-2}$; 2. $p \leq 0,05$; 3. $p < 10^{-4}$.

Organisme décisionnel

Nombre de facteurs de risque	Score Prémat-SPIA	Risque d'accouchement dans l'heure suivant appel	Décision
1 facteur	≤ 4	0	ambulance simple
2 facteurs (sauf RPDE)			
2 facteurs dont RPDE	5	12 %	SMUR ?
3 facteurs	6 ou 7	17 à 23 %	
4 facteurs	9	60 %	SMUR

Annexe 5

Recommandations PSE : accouchement inopiné

Référence :	AC 06 A 03	Version :	1.1.1	Mise à jour :	septembre-14
-------------	------------	-----------	-------	---------------	--------------

Accouchement inopiné

Définition

L'accouchement inopiné est l'acte de mettre au monde un nouveau-né hors d'une maternité. Il peut survenir avant l'arrivée des secours ou en leur présence.

On appelle parturiente une femme enceinte sur le point d'accoucher. Normalement l'accouchement a lieu à trente-neuf semaines de grossesse soit quarante et une semaines d'aménorrhée (absence de règles).

L'accouchement peut survenir avant, on parle alors d'accouchement prématuré.

L'accouchement se déroule en trois étapes :

- le travail :

A la fin de la grossesse, l'utérus commence à se contracter, de plus en plus régulièrement et de plus en plus fort. La partie basse de l'utérus commence à s'ouvrir pour pouvoir laisser passer l'enfant. L'ouverture se traduit par la sortie de glaires sanguinolentes puis d'un liquide clair, c'est la rupture de la poche des eaux. Elle correspond à la perte du liquide dans lequel baigne le fœtus. Le liquide qui s'écoule est normalement clair.

Le travail peut durer de plusieurs minutes à plusieurs heures suivant la personne. Il est habituellement plus rapide chez une femme qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.

- l'expulsion :

L'orifice (col) de l'utérus s'ouvre de plus en plus sous l'effet des contractions. Le fœtus descend vers le vagin, en général la tête la première. Le nouveau-né apparaît alors et progressivement va sortir du corps de la mère. Une fois expulsé, le nouveau-né est toujours relié à la mère par le cordon ombilical. Le nouveau-né peut alors, après section du cordon ombilical, être pris en charge. L'expulsion peut durer plusieurs minutes.

L'enfant se présente normalement la tête en avant (présentation céphalique). Cependant d'autres présentations sont possibles (présentation par le siège ou l'épaule) et sont sources de complications parfois très graves (ralentissement de l'accouchement, impossibilité d'accoucher, procidence du cordon ombilical).

- la délivrance :

Il s'agit de la sortie hors de l'utérus du placenta et du reste du cordon ombilical. Elle survient vingt à trente minutes après la sortie du nouveau-né.

Causes

Les causes d'accouchement inopiné sont multiples, allant de la grossesse mal ou non suivie, à la multiparité.

Risques & Conséquences

L'accouchement se déroule normalement sans complications mais il peut parfois entraîner des complications mettant en jeu la vie du fœtus ou de la mère.

Signes

Les contractions utérines marquent le début du travail. Elles sont douloureuses mais sont aussi perceptibles en posant doucement la main sur le ventre de la mère. Durant la contraction, celui-ci devient très dur puis se relâche. Peu intenses et espacées au début, elles vont devenir de plus en plus fréquentes, rapprochées et douloureuses.

La rupture de la poche des eaux survient secondairement. Le liquide qui s'écoule est normalement clair. Cette rupture peut survenir alors que la mère ne présente aucune contraction utérine. La rupture de la poche des eaux et l'envie irrépressible que la mère ressent de pousser traduisent généralement un accouchement imminent et le début de la phase d'expulsion. Il en est de même si la tête du nouveau-né apparaît à la vulve.

Vingt à trente minutes après l'expulsion, la mère ressent de nouvelles contractions et l'envie de pousser. Ces contractions se traduisent par une expulsion du placenta et de ses annexes. C'est la délivrance.

Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre :

- de réaliser un bilan, complété par des éléments spécifiques de l'accouchement, pour permettre au médecin d'évaluer l'imminence de l'accouchement et les risques de ce dernier ;
- d'assister la future maman pendant l'accouchement lorsqu'il n'est plus possible de la transporter à l'hôpital ;
- d'assurer une prise en charge et une surveillance attentive de la mère ;
- de prendre en charge un nouveau-né à la naissance.

Référence :	PR 06 A 01	Version :	1.2.1	Mise à jour :	Juin 2018
-------------	------------	-----------	-------	---------------	-----------

Accouchement inopiné

L'accouchement n'a pas encore eu lieu

- installer la future maman sur le côté ;
L'installation sur le dos est à proscrire.
- réaliser un bilan d'urgence vitale de la parturiente ainsi qu'un bilan complémentaire ;
Au cours du bilan complémentaire, il convient à l'interrogatoire de la mère, de son entourage ou en consultant le carnet de maternité, de recueillir les éléments spécifiques suivants :
 - le suivi ou non de la grossesse ;
 - le nombre d'accouchements et de grossesses déjà réalisé et leur déroulement ;
 - la date et le lieu prévus de l'accouchement ;
 - s'il s'agit d'une grossesse simple ou multiple et son déroulement ;
 - le type d'accouchement prévu (voie basse ou césarienne) et la nature de la présentation (tête, siège, épaule) ;
 - l'heure du début des contractions (douleurs régulières), la durée des contractions et l'intervalle entre deux contractions ;
 - si la parturiente a perdu les eaux : l'heure de cette perte et la couleur du liquide (transparent, trouble, sanglant).
 - demander un avis médical en transmettant le bilan.

Si le transport de la parturiente peut être réalisé, après avis médical, il convient de :

- relever et installer la victime sur un brancard, allongée sur le côté et ceinturée ;
- transporter la victime en milieu hospitalier ;
- surveiller la victime durant le transport.

Si le transport de la parturiente ne peut pas être réalisé, après avis médical, l'accouchement doit être réalisé sur place. il convient alors de :

- préparer le matériel nécessaire à l'accouchement et à l'accueil du bébé ;
 - serviettes de bain propres et sèches ;
 - récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta.
- avoir à portée de main le matériel nécessaire à une éventuelle réanimation du nouveau-né :
 - bouteille d'oxygène, insufflateur manuel pédiatrique ;
 - aspirateur de mucosités avec une sonde adaptée au nouveau-né ;
 - oxymètre de pouls ;
- mettre des gants à usage unique et se protéger contre le risque de projection de liquides (masque, lunettes de protection) ;
- installer la mère dans une position demi-assise, cuisses fléchies et écartées, par exemple sur le rebord du lit ;
- réaliser l'accouchement. Pour cela :
 - demander à la future maman d'attraper ses cuisses avec ses mains et d'hyperfléchir ses cuisses sur l'abdomen lorsqu'elle ressent un besoin irrésistible de pousser ou si le haut du crâne du bébé commence à apparaître à la vulve ;
 - lui demander de pousser vers le bas en retenant sa respiration dès qu'elle ressent la contraction et, si possible, jusqu'au maximum de la contraction ;
 - faire reposer les jambes à la fin de la contraction utérine ;
 - recommencer la même manœuvre jusqu'à l'apparition de la moitié de la tête du bébé ;
Dès lors que la moitié de la tête du bébé est apparu, cesser alors de faire pousser la mère, laisser se terminer l'expulsion naturellement tout en ralentissant la sortie de la tête en la maintenant d'une main afin d'éviter les déchirures du périnée.

- accompagner progressivement la sortie spontanée du bébé. Pour cela :
 - maintenir la tête du bébé avec les deux mains sans s'opposer à sa rotation au cours de sa descente (généralement la tête regarde vers le bas puis effectue une rotation d'un quart de tour sur la droite ou la gauche au cours de sa sortie) ;
 - une fois la tête totalement sortie, vérifier la présence ou non d'un circulaire du cordon autour du cou du nouveau-né ;
 - En présence d'une circulaire du cordon, procéder à son dégagement.
 - Bien maintenir l'enfant après avoir procédé au dégagement du cordon car le plus souvent la sortie du nouveau-né est très rapide.
 - soutenir le corps du nouveau-né avec les mains placées sous lui au cours de sa sortie.
 - Le nouveau-né, recouvert de liquide amniotique et du sang de la mère, est particulièrement glissant et doit être maintenu fermement. Ne jamais tirer sur l'enfant.
- noter l'heure de naissance ;
- assurer la prise en charge le nouveau-né ;
- surveiller la mère jusqu'à la délivrance.

L'accouchement est déjà réalisé

- réaliser simultanément un bilan complet de la mère et du nouveau-né ;
- demander un avis médical en transmettant les deux bilans et appliquer les consignes reçues ;
- prendre en charge le nouveau-né.

En l'absence d'équipe médicale surveiller la mère et l'assister pendant la délivrance.

La délivrance

La délivrance se fait chez une femme après l'accouchement et le plus souvent en présence d'une équipe médicale. Toutefois, en son absence, il faut réaliser les actions suivantes :

- laisser sortir le placenta sans tirer dessus ni sur le cordon ombilical ;
- recueillir le placenta, dans une cuvette ou un sac plastique, une fois expulsé ;
L'acheminer avec la mère à l'hôpital pour vérifier son intégrité.
- s'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée ;
Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-ci, appliquer la conduite à tenir adaptée.
- placer un pansement absorbant ;
- surveiller la mère ;

Annexe 6

Recommandations PSE : prise en charge du nouveau-né à la naissance

Référence :	PR 06 P 03	Version :	2.1.1	Mise à jour :	Juin 2018
-------------	------------	-----------	-------	---------------	-----------

Prise en charge du nouveau-né à la naissance

- poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée ;
- mettre une paire de gants à usage unique propre ;
- examiner le nouveau-né en appréciant :
 - son cri ou sa respiration ;
 - son tonus (mouvements spontanés des membres) ;

NB : l'existence d'une pâleur doit alerter les secouristes et être indiquée lors de la transmission du bilan.

Le nouveau-né est en bonne santé

Le nouveau-né en bonne santé présente une respiration et un cri vigoureux ; un tonus vif.

- clamber le cordon au minimum après 1 minute de vie ;
Une fois clampé, il est possible ensuite de couper le cordon.
- protéger le nouveau-né contre le froid. Pour cela :
 - sécher par tamponnement la peau et la tête du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède
 - protéger le nouveau-né des courants d'air et du froid en l'enveloppant

Envelopper la tête et le corps du nouveau-né, à l'exception de la face, dans des serviettes ou des vêtements secs et chauds ou le glisser dans un sac en polyéthylène ;

Si possible, couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet ;

- couvrir la mère ;
- surveiller le nouveau-né.

Lors de son transport, le nouveau-né doit être placé dans un système fermé et fixé (incubateur, lit-auto).

Le nouveau-né n'est pas en bonne santé

Le nouveau-né n'est pas en bonne santé lorsqu'il :

- ne respire pas ;
- ou ne présente pas de cri ;
- ou ne présente pas une respiration normale ;
- ou est hypotonique.

Dans ce cas il convient de demander en urgence un avis médical tout en débutant les manœuvres de réanimation pour permettre au nouveau-né de respirer :

- clamber le cordon au minimum après 1 minute de vie ;
Une fois clampé, il est possible ensuite de couper le cordon.
- placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid), après avoir clampé le cordon ombilical ;
- libérer ses voies aériennes en plaçant sa tête en position neutre et si nécessaire en aspirant prudemment sa bouche puis ses narines ;
- si son état est inchangé, réaliser 40 insufflations à l'air en 1 minute ;
Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations, vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.
- si vous êtes doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque pour le nouveau-né, le mettre en fonction (SpO₂, monitoring).

L'état du nouveau-né reste inchangé

- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec apport complémentaire d'oxygène et sans pose de défibrillateur ;
Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minute pour 1 insufflation.
- réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes et adapter la conduite à tenir.

L'état du nouveau-né s'améliore

- si l'état du nouveau-né s'améliore (l'enfant crie, respire et s'agite), assurer une surveillance étroite de sa respiration

En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire

Conduite à tenir en fonction de la fréquence cardiaque

- si vous pouvez mesurer sa fréquence cardiaque, suivre la procédure suivante :

- la FC est inférieure à 60 battements par minute : réaliser une RCP avec un apport complémentaire d'oxygène et sans pose du DAE.

Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minutes pour 1 insufflation.

- la FC est entre 60 et 100 battements par minute : réaliser des insufflations à l'air, sans compressions thoraciques

Réévaluer la fréquence cardiaque toutes les minutes pour adapter la conduite à tenir.

- la FC est supérieure à 100 battements par minute : surveiller étroitement le nouveau-né

Annexe 7

Recommandations PSE : soin au cordon ombilical

Référence :	FT 05 S 01	Version :	1.1.1N	Mise à jour :	Juin 2018
-------------	------------	-----------	--------	---------------	-----------

Soin au cordon ombilical

Indication

Le clampage et la section du cordon ombilical doivent être réalisés :

- après la naissance, après la 1ère minute de vie.
- parfois pendant l'accouchement en cas de circulaire serré du cordon (cordon entourant le cou du bébé) ;

Justification

Le clampage du cordon ombilical facilite le déclenchement des mécanismes d'adaptation (circulation et respiration) du nouveau-né qui lui permette de passer de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine

La section du cordon facilite la prise en charge du nouveau-né et de sa mère : réanimation éventuelle du nouveau-né, soins à la mère et prévention de l'hypothermie.

En présence d'une circulaire du cordon, la section du cordon permet l'expulsion du nouveau-né.

Matériel

La section du cordon nécessite :

- gants stériles ;
- compresses imbibées d'antiseptique ;
- compresses stériles ;
- deux clamps de Barr ;
- une paire de ciseaux stériles.

Réalisation

Il s'agit de clamper le cordon en deux points du cordon ombilical et de sectionner celui-ci entre les deux clamps.

- changer les gants utilisés lors de l'accouchement et s'équiper de gants stériles et de lunette (ou visière oculaire) de protection.
- réaliser une première désinfection du cordon, grâce à une compresse imbibée d'antiseptique, sur la zone prévue de positionnement des clamps.
- poser le premier clamp à environ 10 à 15 cm de l'ombilic et le verrouiller.

- réaliser une seconde désinfection du cordon, avec une autre compresse imbibée d'antiseptique, tout en le pinçant pour le vider de son sang, en partant du premier clamp sur environ 3 à 5 cm. Cela évitera les projections de sang au moment de la section du cordon.
- placer le second clamp sur le cordon toujours pincé et le verrouiller ;
- couper le cordon entre les clamps.
- protéger l'extrémité du cordon coupé (compresse stérile, sac à bébé...).

Cas particuliers

- circulaire du cordon impossible à libérer
Les 2 clamps sont positionnés plus près l'un de l'autre en s'adaptant à la situation et la section se fait prudemment, les doigts du secouriste étant en protection entre le cordon et le nouveau-né afin de ne pas le blesser.
Dans ce cas, il n'y a pas le temps de changer de gants.
- nouveau-né en détresse
L'urgence à réanimer le nouveau-né impose une rapidité d'action et permet de s'affranchir de la mise de gants stériles et de l'étape désinfection du cordon en mettant seulement des gants propres.
- l'expulsion a eu lieu et le cordon a été « rompu » avant l'arrivée des secours
Poser un clamp sur la partie du cordon reliée au nouveau-né et un autre clamp sur la partie qui reste relié à la mère après avoir désinfecté la zone de pose.

Risques & contraintes

On ne doit jamais tirer sur le cordon.

Le positionnement du premier clamp doit être suffisamment loin de l'ombilic pour ne pas pincer une partie d'intestin en cas de hernie ombilicale.

On ne peut sectionner qu'entre les deux clamps.

Evaluation

Il ne doit pas y avoir de saignement après la section.

Annexe 8

Support de la formation réalisée au BPPM



ACCOUCHEMENT INOPINE

Rédacteur :
- Daniel MEYRAN
- Denis LARGER

Version 1.1.1

Edité le 10/07/2013
Mise à jour le _____

DEFINITION

L'accouchement inopiné est l'acte de mettre au monde un nouveau-né hors d'une maternité. Il peut survenir avant l'arrivée des secours ou en leur présence.

On appelle parturiente une femme enceinte sur le point d'accoucher. Normalement l'accouchement a lieu à 39 semaines de grossesse soit 41 semaines d'aménorrhée (absence de règles). L'accouchement peut survenir avant, on parle alors d'accouchement prématuré.

L'accouchement se déroule en 3 étapes

1) Le travail

A la fin de la grossesse, l'utérus commence à se contracter, de plus en plus régulièrement et de plus en plus fort. La partie basse de l'utérus commence à s'ouvrir pour pouvoir laisser passer l'enfant. L'ouverture se traduit par la sortie de glaires sanguinolentes (bouchon muqueux) puis d'un liquide clair (rupture de la poche des eaux). Elle correspond à la perte du liquide dans lequel baigne le fœtus. Le liquide qui s'écoule est normalement clair.

Le travail peut durer de plusieurs minutes à plusieurs heures suivant la personne. Il est habituellement plus rapide chez une femme qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.

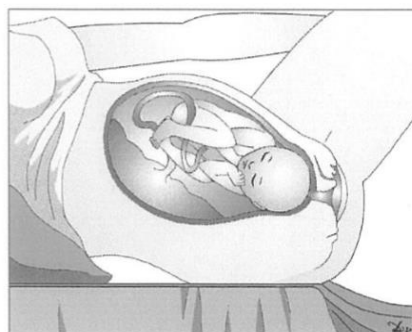


Figure 1 : Travail

2) L'expulsion

L'orifice (col) de l'utérus s'ouvre de plus en plus sous l'effet des contractions. Le fœtus descend vers le vagin, en général la tête la première. Le nouveau-né apparaît alors et progressivement va sortir du corps de la mère. Une fois expulsé, le nouveau-né est toujours relié à la mère par le cordon ombilical. Le nouveau-né peut alors, après clampage et section du cordon ombilical, être pris en charge. L'expulsion peut durer plusieurs minutes.

L'enfant se présente normalement la tête en avant (présentation céphalique). Cependant

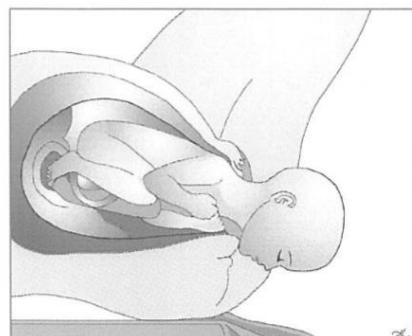


Figure 2 : Expulsion

d'autres présentations sont possibles (présentation par le siège ou l'épaule) et sont sources de complications parfois très graves (ralentissement de l'accouchement, impossibilité d'accoucher, sortie en premier du cordon ombilical).

3) La délivrance

Il s'agit de la sortie hors de l'utérus du placenta et du reste du cordon ombilical. Elle survient 20 à 30 minutes après la sortie du nouveau-né.

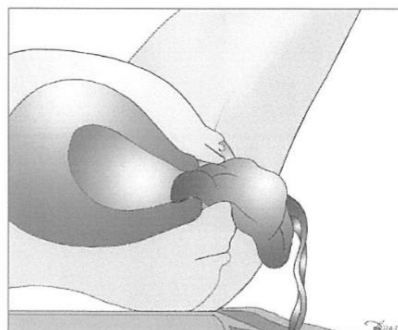


Figure 3 : Délivrance

CAUSES

Les causes d'accouchement inopiné sont multiples allant de la grossesse mal ou non suivie à la multiparité (plusieurs accouchements).

CONSEQUENCES

L'accouchement se déroule normalement sans complications mais il peut parfois entraîner des complications mettant en jeu la vie du fœtus et de la mère.

BILAN

Les signes d'une menace d'accouchement sont en règle générale très facile à identifier lors du bilan de la victime.

Il s'agit d'une femme enceinte qui dit vouloir accoucher et qui se plaint :

- de douleurs abdominales régulières, espacées au début puis de plus en plus fréquentes, intenses et rapprochées. Ces douleurs abdominales traduisent les contractions utérines et marquent, par leur apparition, le début du travail.
- d'un écoulement d'un liquide normalement clair entre les jambes. Il s'agit de la rupture des eaux. La rupture de la poche des eaux et l'envie irrésistible que la mère ressent de pousser traduit généralement un accouchement imminent et le début de la phase d'expulsion. Cette rupture peut survenir alors que la mère ne présente aucune contraction utérine.

A l'examen de la future maman, il peut être constaté :

- en posant doucement la main sur le ventre de la mère, la perception, durant la contraction, d'un durcissement suivi d'un relâchement du ventre,
- l'apparition de la tête du nouveau-né à la vulve,
- un enfant déjà né à notre arrivée.

Dans de rares cas, particulièrement dans le cadre de grossesses cachées ou refusées, le secouriste peut se trouver en présence d'une femme qui présente une « hémorragie vaginale ». Interroger la mère ou l'entourage, éventuellement inspecter les lieux à la recherche d'un nouveau-né qui est parfois caché.

Après l'accouchement (20 à 30 min. après la sortie du bébé), l'apparition de nouvelles douleurs abdominales et l'envie de pousser annoncent la délivrance c'est-à-dire l'expulsion du placenta et de ses annexes.

PRINCIPE D'ACTION

- Réaliser un bilan complété par des éléments spécifiques de l'accouchement.
- Transmettre les informations spécifiques.
- Assister la future maman pendant l'accouchement et la surveiller.
- Prendre en charge un nouveau-né à la naissance.

MATERIEL NECESSAIRE

- Sac de premiers secours.
- Sac O2.
- Aspirateur de mucosité.
- Lot « soins du cordon ombilical ».
- Matériel de réanimation adulte et nouveau-né.
- Draps et couverture isotherme.

CONDUITE A TENIR

L'ACCOUCHEMENT N'A PAS ENCORE EU LIEU

- ➔ Installer la future maman sur le côté. L'installation sur le dos est à proscrire.
 - ➔ Réaliser un bilan d'urgence vitale de la future maman (Fiche III-C)
 - ➔ Réaliser un bilan complémentaire (Fiche III-D) au cours duquel il convient à l'interrogatoire de la mère, de son entourage ou en consultant le carnet de maternité, de recueillir les éléments spécifiques suivants :
 - le suivi ou non de la grossesse ;
 - le nombre d'accouchements et de grossesses déjà réalisés et leur déroulement ;
 - la date et le lieu prévus de l'accouchement ;
 - S'il s'agit d'une grossesse simple ou multiple et son déroulement.
 - le type d'accouchement prévu (voie basse ou césarienne) et la nature de la présentation (tête, siège, épaule) ;
 - l'heure du début des contractions (douleurs régulières), la durée des contractions et l'intervalle entre chaque contraction ;
 - Si la parturiente a perdu les eaux, l'heure de cette perte et la couleur du liquide (transparent, trouble, sanglant) ;
 - ➔ Transmettre le bilan et les données recueillies pour obtenir un avis médical.
- Ses données vont permettre au médecin régulateur d'évaluer l'imminence de l'accouchement, les risques de ce dernier.

Le transport de la parturiente peut être réalisé après avis médical

- ➔ Relever et installer la victime sur un brancard, allongée sur le coté et ceinturée.
- ➔ Transporter la victime en milieu hospitalier.
- ➔ Surveiller la victime durant le transport (Fiche III-E).

L'accouchement doit avoir lieu sur place, réaliser l'accouchement

➤ Préparer le matériel nécessaire :

- O2, insufflateur manuel nouveau-né, masque d'inhalation pour la mère ;
- aspirateur des mucosités avec une sonde adaptée au nouveau-né (Fiche V-C-12) ;
- nécessaire à accouchement comprenant au minimum deux clamps et une paire de ciseaux stériles ;
- oxymètre de pouls ;
- serviettes de bains propres et sèches ;
- récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta.

➤ Mettre des gants à usage unique et se protéger contre le risque de projection de liquides (masque, lunettes de protection) (Fiche V-H-5)

➤ Installer la mère dans une position demi-assise, cuisses fléchies et écartées, par exemple sur le rebord du lit (fig. 4),

➤ Demander à la future maman d'attraper ses cuisses avec ses mains et d'hyperfléchir ses cuisses sur l'abdomen lorsqu'elle ressent un besoin irrésistible de pousser et si le haut du crâne du bébé commence à apparaître à la vulve (fig. 5).

➤ Lui demander de pousser vers le bas en retenant sa respiration dès qu'elle ressent la contraction et, si possible, jusqu'au maximum de celle-ci.

➤ Faire reposer les jambes à la fin de la contraction utérine.

➤ Recommencer la même manœuvre jusqu'à l'apparition de la moitié de la tête du bébé.

➤ Cesser alors de faire pousser la mère, laisser se terminer l'expulsion naturellement tout en ralentissant la sortie de la tête en la maintenant d'une main afin d'éviter les déchirures du périnée.

➤ Accompagner progressivement la sortie spontanée du bébé :

- maintenir la tête du bébé avec les deux mains sans s'opposer à sa rotation au cours de sa descente. Généralement la tête regarde vers le bas (fig. 6) puis effectue une rotation d'1/4 de tour sur la droite ou la gauche au cours de sa sortie (fig. 7) ;
- une fois la tête totalement sortie, vérifier la présence ou non d'un cordon circulaire du cordon autour du cou du nouveau-né et le dégager si nécessaire (voir ci après) ;

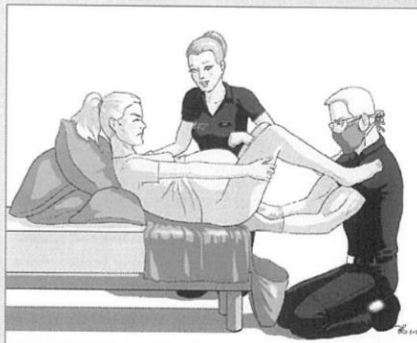


Figure 5 : Installation de la future maman



Figure 4 : Position pendant la contraction utérine

- soutenir la tête le temps du dégagement des épaules qui sortent l'une après l'autre (fig. 8) ;
- soutenir le corps du nouveau-né avec les mains placées sous lui au cours de sa sortie.

Le nouveau-né, recouvert de liquide amniotique et du sang de la mère, est particulièrement glissant et doit être maintenu fermement (fig. 9). Ne jamais tirer sur l'enfant.

- ➔ Noter l'heure de naissance.
- ➔ Prendre en charge le nouveau-né (voir ci après).
- ➔ Surveiller la mère jusqu'à la délivrance.

NB : Dans de rare cas, l'accouchement peut se fait par le siège et non par la tête. Dans cette situation, demander un renfort médical en urgence absolue et laisser faire l'accouchement. Ne jamais tirer sur le bébé.

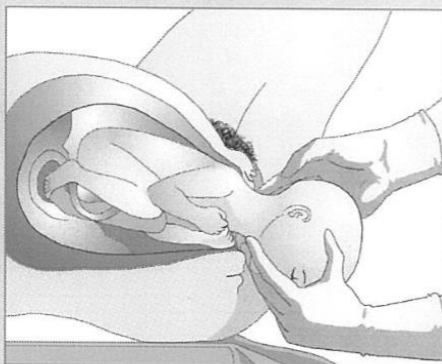


Figure 6 : Maintenir la tête au cours de sa sortie

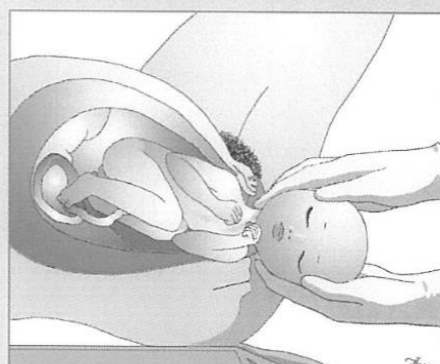


Figure 7 : Ne pas s'opposer à la rotation de la tête

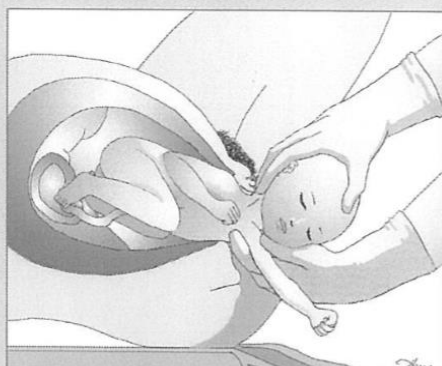


Figure 8 : Accompagner le dégagement des épaules

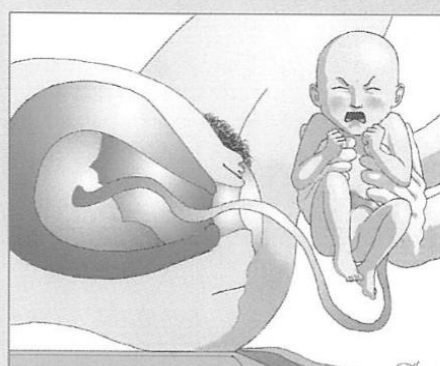


Figure 9 : Soutenir le corps du nouveau né

DEGAGEMENT D'UN CIRCULAIRE DU CORDON

Il arrive parfois que le cordon ombilical fasse un ou plusieurs tours autour du cou de l'enfant, c'est un circulaire du cordon. Lors de l'accouchement, dès que la tête tente de sortir, la tension du cordon ombilical devient telle que la progression ne peut plus se faire et chaque contraction utérine étrangle davantage le nouveau-né (fig. 10).

Lorsque l'on aperçoit le cordon ombilical autour du cou du nouveau-né, il est nécessaire de :

➔ Maintenir la tête, sans chercher à la refouler, pour éviter cette tension extrême.

Si le cordon est lâche :

➔ Dégager le cordon en le faisant passer au-dessus de la tête (fig. 11).

Si le cordon est serré :

➔ Poser deux clamps sur le cordon en deux endroits séparés de 2 à 3 cm, directement au niveau du cou de l'enfant (fig. 12).

➔ Sectionner prudemment le cordon entre les deux clamps (fig. 13).

Bien maintenir l'enfant après avoir coupé le cordon car le plus souvent la sortie du nouveau-né est très rapide.



Figure 10 : Circulaire du cordon



Figure 11 : Dégager le cordon au dessus de la tête



Figure 12 : Poser 2 clamps sur le cordon au niveau du cou



Figure 13 : Sectionner le cordon

PRENDRE EN CHARGE LE NOUVEAU-NE (Conduite à tenir standard)

- ➔ Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée.
- ➔ Mettre une paire de gants à usage unique propre.
- ➔ Clamper le cordon ombilical (Fiche V-E-6).
- ➔ Examiner le nouveau né en appréciant :
 - sa vitalité (tonus et mouvements spontanés des membres)
 - son cri ou sa respiration
 - son tonus (mouvements spontanés des membres) ;
 - sa couleur.

Le nouveau-né en bonne santé présente une respiration et un cri vigoureux, un tonus vif, une coloration rapidement rosée (une cyanose initiale est normale car la saturation en oxygène est basse. En quelques minutes la cyanose disparaît).

- ➔ Mesurer la fréquence cardiaque au niveau du pouls huméral.
- ➔ Mettre des gants stériles et sectionner le cordon ombilical (Fiche V-E-6). Il faut impérativement que le cordon ombilical soit clampé et coupé avant l'expulsion du placenta.
- ➔ Protéger le nouveau né contre le froid :
 - sécher par tamponnement la peau du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède ;
 - couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet en jersey ;
 - l'envelopper dans une couverture isotherme en attendant une prise en charge spécialisée.
- ➔ Couvrir le nouveau-né et la mère.
- ➔ Surveiller le nouveau-né.

Pour le transport, le nouveau-né doit être placé dans un système fermé et fixé (incubateur). Il ne doit pas être transporté sur le ventre de sa mère.

Le nouveau-né ne respire pas ou présente une respiration anormale, ne crie pas, est hypotonique et pâle.

- ➔ Pratiquer immédiatement une réanimation du nouveau-né en détresse à la naissance (Fiche IV-B-8).

REALISER LA DELIVRANCE

La délivrance se fait le plus souvent en présence de l'équipe médicale. Toutefois en son absence il faut réaliser les actions suivantes.

- ➔ Laisser sortir le placenta sans tirer dessus ni sur le cordon ombilical.
- ➔ Recueillir le placenta dans une cuvette ou un sac plastique une fois expulsé. L'acheminer avec la mère à l'hôpital pour vérifier son intégrité.
- ➔ S'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée. En effet, une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance.

- Placer un pansement absorbant entre les cuisses de la maman.
- Surveiller la mère.

Devant une hémorragie de la délivrance.

- Demander un renfort spécialisé en urgence
- Demander un avis médical et respecter les consignes du médecin régulateur en attendant le renfort

L'ACCOUCHEMENT EST DÉJÀ RÉALISÉ À L'ARRIVÉE DE L'ÉQUIPE.

- Prévenir immédiatement le 15.
- Clamper puis couper le cordon (Fiche V-E-6).
- Réaliser simultanément (équipe secouriste) un bilan complet de la mère et de l'enfant (Fiche III-C et III-D).
- Transmettre le bilan et obtenir un avis médical (Fiche III-F).
- Prendre en charge la maman, la surveiller et l'assister pendant la délivrance (voir ci dessus).
- Prendre en charge le nouveau-né (voir ci dessus et Fiche IV-B-8 si le nouveau-né présente une détresse).
- Surveiller la mère et l'enfant.



SOINS DU CORDON OMBILICAL

Rédacteur :
- Daniel MEYRAN
- Denis LARGER

Version 1.1.1

Edité le 03/09/2013
Mise à jour le _____

INDICATION

Au cours d'un accouchement inopiné (Fiche IV-C-6) :

- après la naissance, pour faciliter l'adaptation du nouveau-né et sa prise en charge et diminuer le risque de survenue de complication hémorragique de la délivrance ;
- pendant l'accouchement s'il existe une circulaire du cordon afin de permettre le dégagement du nouveau-né.

JUSTIFICATION

Le clampage et la section du cordon ombilical permettent le déclenchement des mécanismes d'adaptation (circulation et respiration) du nouveau-né à la vie extra-utérine et détache le nouveau-né de la mère.

En présence d'une circulaire du cordon, la section du cordon permet l'expulsion du nouveau-né.

MATERIEL NECESSAIRE

- Lot accouchement composé de :
 1. compresses stériles,
 2. pince à clamber,
 3. paire de ciseaux stériles
 4. 2 clamps de Barr,
 5. filet tubulaire.
- Gants stériles
- Solution antiseptique (non iodée)

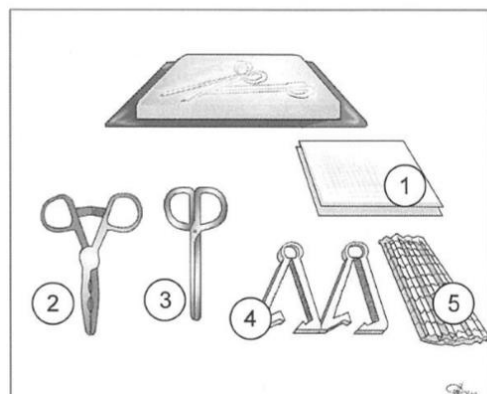


Figure 1 : lot d'accouchement du VSAV

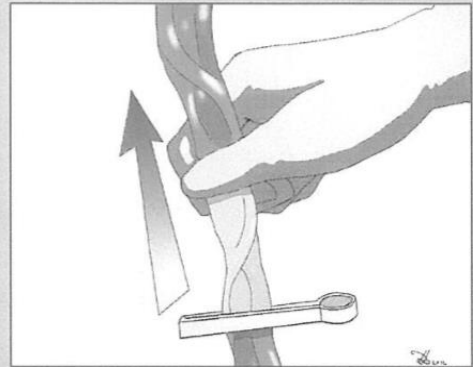
GESTES

CLAMPAGE ET SECTION DU CORDON OMBILICAL
(accouchement « normal »)

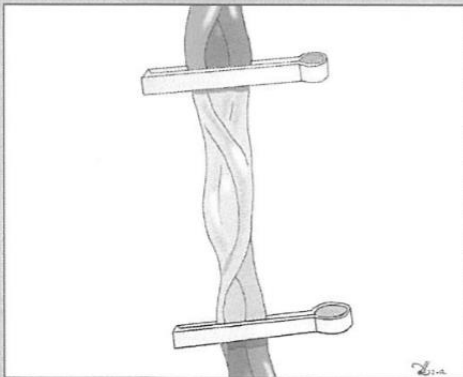
Après avoir enfilé des gants stériles (fiche V-H-3) :



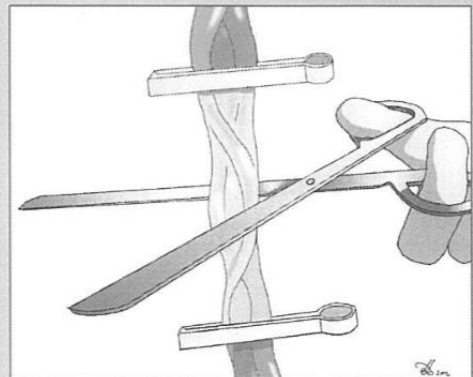
1. Clamper le cordon ombilical à un travers de main du nouveau-né (10 cm). Le clamp doit être verrouillé.



2. Comprimer le cordon entre les doigts et les glisser vers la mère afin de le vider du sang contenu en amont pour éviter les projections de sang.

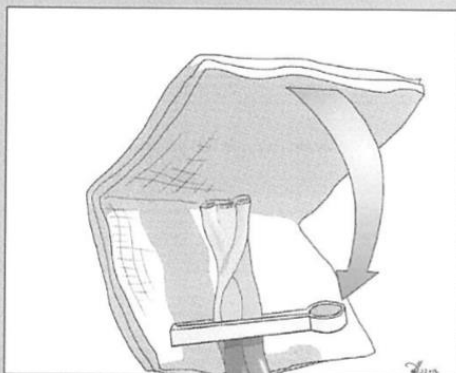


3. Placer un deuxième clamp à environ 3 à 5 cm du premier, côté mère.

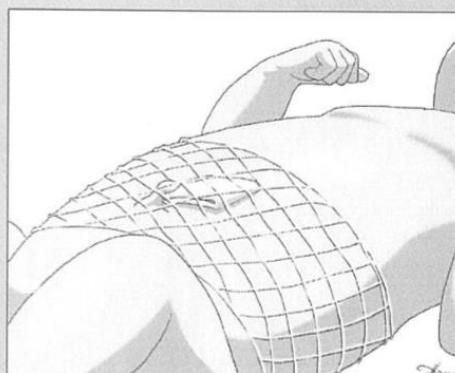


4. Désinfecter le cordon entre les deux clamps au moyen d'une compresse imbibée de solution antiseptique et sectionner le cordon entre les deux clamps au moyen des ciseaux stériles

NB : Si le cordon a été sectionné avant l'arrivée des secours, poser un clamp sur le cordon du côté du nouveau-né et un autre du côté de la maman. Réaliser ensuite les soins du cordon (étapes 5 et 6 ci-dessus).



5. Recouvrir complètement le cordon et le clamp restant à l'aide d'une compresse stérile.



6. Maintenir l'ensemble au moyen du filet tubulaire placé autour du ventre du nouveau-né

RISQUES

Pendant toute la durée de la manœuvre, le secouriste veillera à ne pas tirer sur le cordon ombilical.

EVALUATION

Il n'y a pas de saignement après avoir sectionné le cordon.



DETRESSE DU NOUVEAU NE LA NAISSANCE

Rédacteur :
- Daniel MEYRAN
- Denis LARGER

Version 2.1.1

Edité le 19/08/2013
Mise à jour le 13/07/2018

DÉFINITION

Un nouveau-né est dit en **détresse à la naissance** lorsque sa respiration ou son cœur ne fonctionnent pas correctement et ne permet pas une adaptation à la vie extra-utérine.

CAUSES

Les causes peuvent être liées :

- à la mère : maladies diverses (diabète, hypertension), toxicomanie ou maladies de la grossesse (saignements, infections, grossesse non suivie, rupture prématurée de la poche des eaux) ;
- au fœtus : grossesse multiple, prématurité, anomalie congénitale, infections ;
- à l'accouchement : présentation anormale, procidence du cordon, travail rapide, hémorragie anténatale (placenta prævia).

CONSÉQUENCES

Une détresse à la naissance menace à brève échéance la vie du nouveau-né.

Le cerveau du nouveau-né est très sensible au manque d'O₂. Si aucun geste de secours n'est réalisé, des lésions cérébrales apparaissent en quelques secondes et deviennent rapidement irréversibles, rendant les chances de survie quasiment nulles en quelques minutes ou entraînant de lourdes séquelles.

BILAN

Au bilan d'urgence vitale à la naissance, le nouveau-né présente :

- une respiration anormale (peu ample, irrégulière, lente < 20/min) ou absente ;
- un tonus faible ou absent ;
- une pâleur ;
- une absence de cri ou un geignement (l'enfant ne crie pas, mais émet une plainte à chaque mouvement respiratoire) ;
- une FC < 100 / min ;
- une SpO₂ basse (tableau 1)

Temps (à compter de l'expulsion)	SpO ₂
2 min	60%
3 min	70%
4 min	80%
5 min	85%
10 min	90%

Tableau 1 : Saturation transcutanée en O₂ acceptable au bras droit (pré-ductal) à la naissance**PRINCIPE D'ACTION**

- Identifier la détresse dès que l'accouchement est réalisé.
- Demander immédiatement un renfort médical.
- Débuter une ventilation artificielle puis, si nécessaire, des compressions thoraciques.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Matériel de ventilation nouveau-né.
- Aspirateur de mucoité et sonde d'aspiration nouveau-né.
- Lot « soins du cordon ombilical ».
- Sac O₂.

CONDUITE A TENIR

- ⇒ Clamper et sectionner le cordon ombilical (Fiche V-E-6).
- ⇒ Placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid).
- ⇒ Demander un avis médical en urgence absolue tout en débutant les manœuvres de réanimation pour permettre au nouveau-né de respirer.
- ⇒ Mettre une paire de gants à usage unique propre.
- ⇒ Sécher le nouveau-né en tamponnant sa peau, à l'aide d'une serviette propre et tiède pour déclencher les premiers mouvements respiratoires et prévenir la perte de température.
- ⇒ Libérer les voies aériennes :
 - mettre la tête en position neutre (Fiche V-C-8) et glisser un billot (serviette roulée de 2 cm d'épaisseur) sous ses épaules (fig. 1),
 - Aspirer prudemment et brièvement sa bouche puis ses narines (dépression < 150 mmHg) s'il présente des ronflements ou du liquide ou du sang dans la bouche (Fiche V-C-12).
- ⇒ Évaluer à nouveau l'état du nouveau-né.

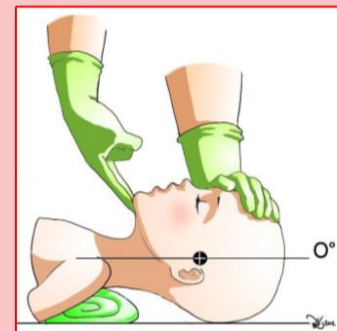


Figure 1 : tête en position neutre, billot sous les épaules

L'ÉTAT DU NOUVEAU-NÉ S'AMELIORE (l'enfant crie, respire et s'agite)

- Reprendre la conduite à tenir standard avec une surveillance constante de sa respiration et de la fréquence cardiaque.
- En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire.

L'ÉTAT DU NOUVEAU-NÉ RESTE INCHANGÉ OU S'AGRAVE

- Réaliser 40 insufflations à l'air en 1 minute à l'aide d'un insufflateur pédiatrique (volume de 450 à 500 ml).

Maintenir les poumons gonflés 2 à 3 s à chaque insufflation pour faciliter l'expansion pulmonaire. Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations, vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.

Toujours s'assurer que les insufflations entraînent un soulèvement de la poitrine.

- Si vous êtes doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque pour nouveau-né, le mettre en fonction (SpO₂, monitoring) en plaçant le capteur au niveau du membre supérieur droit.
- Protéger le nouveau-né du froid.
- Au bout des 40 insufflations, réévaluer l'état du nouveau-né.

L'efficacité des insufflations est jugée chez le nouveau-né par l'amélioration de la FC (accélération de la FC ou FC > 100/min) et la reprise de la respiration. Dans les meilleurs cas, le nouveau-né se met à crier et bouger.

Vous êtes doté d'un appareil qui permet de mesurer la FC du nouveau-né (monitoring ou SpO₂)

La fréquence cardiaque < 60 battements par min

- Réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec apport complémentaire d'oxygène et sans pose de défibrillateur. Associer des compressions thoraciques (fréquence = 120/min) aux insufflations avec un rapport compressions thoraciques sur insufflation de 3/1.
- Protéger le nouveau-né du froid.
- Réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes et adapter la conduite à tenir.

La fréquence cardiaque est entre 60 et 100 battements par min

- réaliser des insufflations à l'air à une fréquence de 40 insufflations par minute (sans compressions thoraciques).
- Protéger le nouveau-né du froid.
- Réévaluer la fréquence cardiaque toutes les minutes pour adapter la conduite à tenir.

La fréquence cardiaque est > 100 battements par min

- Reprendre la conduite à tenir standard avec une surveillance constante de sa respiration et de la fréquence cardiaque.

- En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire.

Vous n'êtes pas doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque du nouveau-né

- Réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec apport complémentaire d'oxygène et sans pose de défibrillateur. Associer des compressions thoraciques (fréquence = 120/min) aux insufflations avec un rapport compressions thoraciques sur insufflation de 3/1.
- Protéger le nouveau-né du froid.
- Réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes et adapter la conduite à tenir.

Remarque

Les actions à mener pour réanimer un nouveau-né à la naissance sont particulières et spécifiques à cette situation. Aucune comparaison ne peut être faite avec la conduite à tenir devant un arrêt cardiaque chez l'enfant et le nourrisson.

Notes :

Annexe 9

Support de la formation réalisée au SDIS 13



Document
équipier PS et équipier VSAV



Version 01 du
08/02/18

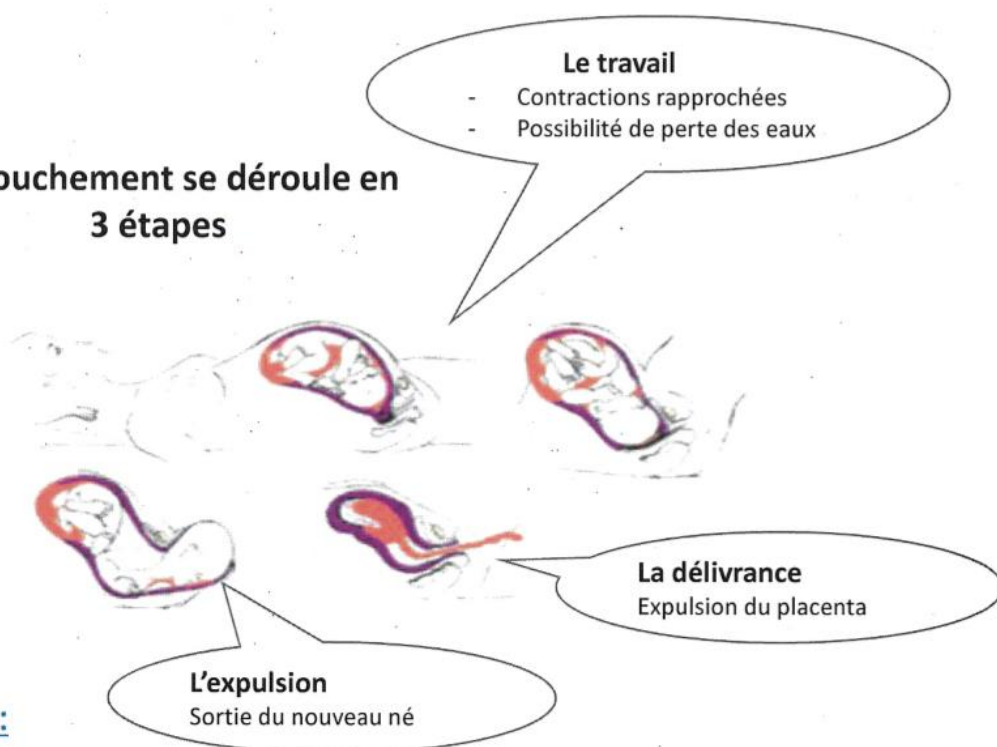
L'accouchement inopiné

Définition :

L'accouchement inopiné est l'acte de mettre au monde un nouveau-né hors d'une maternité.

Il peut survenir avant l'arrivée des secours ou en leurs présences

L'accouchement se déroule en 3 étapes



Causes :

Les causes de l'accouchement inopiné sont multiples, allant de la grossesse mal ou non suivie, à la multiparité

Signes :

Contractions rapprochées et plus douloureuses

Rupture de la poche des eaux

Tête du nouveau-né visible au niveau de la vulve de la mère

Conduite à tenir

L'accouchement

1) L'accouchement n'a pas encore eu lieu, le transport peut se faire:

Placer la mère sur le côté

Bilan + questions

Grossesse suivie ou non
Nombre d'accouchement
Date et lieu prévus
Grossesse simple ou multiples
Type d'accouchement (voie basse ou césarienne).
Nature (tête, siège, épaule)
Heure de début des contractions, la durée et l'intervalle
Heure de la perte des eaux

2) L'accouchement n'a pas encore eu lieu, mais le transport ne peut pas se faire :

Préparer le KIT d'accouchement

Mettre des gants à usage unique

Mettre un masque de protection

Installer la mère en position demi-assise, cuisses fléchies et écartées

Lui demander de pousser vers le bas dès qu'elle ressent une contraction

Au moment de l'expulsion maintenir la tête du nouveau-né avec les 2 mains sans s'opposer à sa rotation naturelle

Une fois la tête sortie, vérifier la présence du cordon autour du cou et l'enlever progressivement si il est présent

Soutenir le corps du nouveau-né, attention celui-ci est très glissant

Le poser sur la mère

Noter l'heure de naissance

Assurer la prise en charge du nouveau-né

Surveiller la mère jusqu'à la délivrance



3) L'accouchement est déjà réalisé:

Bilan sur la mère et nouveau-né

Si absence d'une équipe médicale, laisser sortir le placenta sans tirer sur le cordon ombilical, recueillir le placenta dans un récipient ou sac en plastique

S'assurer de la non présence d'hémorragie

Placer un pansement absorbant

Surveillance de la mère et du nouveau-né

La prise en charge du nouveau-né à la naissance



Conduite à tenir

Le nouveau né est en bonne santé :
(il cri, pleure, a une coloration rosée)

Poser le nouveau-né sur le côté, sur le ventre de sa mère peau contre peau, la tête dégagée

Mettre des gants

Examiner le nouveau-né en vérifiant son cri, son tonus, sa couleur

Couvrir la tête du bébé à l'aide d'un bonnet de jersey présent dans le kit d'accouchement

Sécher le bébé

Effectuer un bilan

Surveiller et couvrir

Le nouveau né n'est pas en bonne santé :
(respiration anormale, ne crie pas, pâleur)

Avis médical d'urgence

Gestes d'urgences adaptés



à l'arrêt cardiaque
l'inconscience
la difficulté respiratoire

Annexe 10

Pré-enquête exploratoire : grille d'entretien

Présentation : pseudonyme, sexe, âge, profession (fonction chez les pompiers), grade, structure d'exercice.

Formation :

1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)
2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés, afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?
3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :
 - sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?
 - sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant))

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?
3. La présence d'un médecin sur l'intervention vous rassure-t-elle ?
4. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

Annexe 11

Pré-enquête exploratoire : entretiens retranscrits

Entretien n°1 (20 octobre 2018)

Baptiste

38 ans

Sergent-chef, chef d'agrès sapeur-pompier du centre de secours de Vitrolles

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« Aucune formation initiale sur les accouchements car pas de kit accouchement à l'époque.

Notion par les médecins VLM avec qui on en a parlé plusieurs fois (compter contractions, emballer nouveau-né, ne pas couper le cordon, ...).

Arrivée du kit accouchement il y a 8 ans avec 1 clamp, bonnet, chaussettes, champ stérile.

Les nouveaux cadres sapeurs-pompiers ont une petite rubrique sur l'accouchement → en tant que moniteur je me tiens à jour.

Nouveau kit avec 2 clamps en cas d'arrêt cardiaque.

Pas de formation continue.

Pas de FMA* (Formation de Maintien des Acquis) sur l'accouchement. »

- 2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions**

(communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?

« Pas du tout. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « Il faudrait peut-être qu'on ait des petites fiches récapitulatives.
- Une petite formation complémentaire au moins au niveau des chefs d'agrès peut-être mais surtout en abordant des cas particuliers quand ça se passe mal → les problèmes qu'on pourrait rencontrer notamment la prise en charge des prématurés (masser un préma, ce n'est pas donné à tout le monde, on ne sait pas faire car il y a une formation simplement pour un nouveau-né à terme mais pas pour le prématuré).

Quand ça se passe bien, on le prend, on le récupère, on clampe, on pose sur le ventre de la maman, on le nettoie.

Le plus important est d'évoquer quand ça se passe mal parce que, à 3, gérer un saignement vaginal un peu important, gérer un nourrisson en arrêt cardiaque, c'est compliqué. Pour rien au monde, je veux refaire un accouchement comme ça demain. Mais ça fait partie de mon expérience.

Il faudrait vraiment savoir comment pallier → demain on a un siège, qu'est-ce qu'on fait en attendant que le SMUR arrive ? Qu'est-ce qu'il faut faire ? S'il y a des saignements : c'est normal jusqu'à quel point ? Pour qu'on puisse se focaliser plus sur le petit ou sur la maman en cas de problème (on n'a pas de moyens de mesurer les saignements). Parce qu'en général, sur intervention, tout le monde est sur le petit et pendant ce temps la maman peut présenter des complications ...

- Inclure en formation des notions pour savoir comment accompagner la famille et la parturiente. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« J'ai fait plusieurs accouchements qui se sont très très bien passés (quand on est arrivé, ils étaient déjà faits quasiment). Mais pour le dernier, à 34 ans, j'ai vécu une intervention très difficile.

=> Je suis parti de Martigues pour Gignac (15-20 min de transit). Départ pour femme en couche et quand on est arrivé, on avait un nouveau-né (prématuré de 7 mois) en arrêt cardio-respiratoire. J'avais avec moi 2 jeunes. Compliqué de gérer tout le monde : s'occuper du nourrisson (réanimation cardio-pulmonaire avec massage à 1 doigt au lieu de 2 du fait de sa taille, on s'est adapté), de s'occuper de la maman qui présentait quand même des saignements, bien entendu à surveiller, et de s'occuper aussi de l'équipage + demande de renfort en conséquence (mon rôle en tant que chef d'agrès) + gérer la famille.

Difficulté = plus de l'accompagnement car la technicité, elle est toujours là → ça a été des réflexes : on est tellement formé et condensé sur des choses (il se passe ça, on doit faire ça), réaction clamp, coupé, maman de côté avec un des jeunes qui n'était pas forcément très à l'aise et l'autre jeune et moi, on s'est concentré sur la réanimation cardio-pulmonaire du nouveau-né.

VLM arrive 20 min après et renfort AR pédiatrique Timone (réanimation pédiatrique avec couveuse) est montée → on a réussi à le réanimer au bout d'1h et il est parti avec l'AR. On ne sait pas ce qu'il est devenu, en même temps, je préfère garder en tête comme quoi on l'a sauvé plutôt que de savoir qu'il est mort 2h après ou 10 jours après ou 15 jours après.

En tant que pompier, on est professionnel de la santé avec des ordres de marche, du

coup, le contre-coup, on l'a plus après qu'au moment où on sait ce qu'on a à faire. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?

« Plus de craintes pour tous les enfants, pas que pour les accouchements. »

3. La présence d'un médecin sur l'intervention vous rassure-t-elle ?

« Bien sûr.

Face à un accouchement, des fois, les SMUR ne sont pas forcément dispo. Sur Vitrolles, c'est Nord qui monte régulièrement. Mais en attendant, si on se présente sur un siège par exemple ... on verra bien. On appelle le SAMU qui va nous guider ou un médecin. On n'a pas trop de choix, on ne sait pas quoi faire. Du moment qu'il est dehors, on sait le réanimer, on sait l'aspirer, on sait s'occuper de lui puisque je suis papa. Pour le reste c'est plus délicat. »

4. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« Je suis papa et c'est ce qui m'a aidé. Le fait d'avoir vu mon fils lors de l'accouchement m'a bien aidé. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- « Pourquoi pas une sage-femme d'astreinte dans le département. Une sage-femme d'astreinte avec un véhicule qu'on puisse appeler dans un cas d'urgence basé centralement ça pourrait être intéressant pour nous et pour les victimes.
- Ou avoir une sage-femme ou quelqu'un au téléphone pour donner des conseils, nous diriger, nous orienter → faut-il prendre la température, la tension ? Que

faire si ça saigne trop ? On s'est faire mais à 3, c'est compliqué (1 qui gère la maman, 1 qui gère le nouveau-né et surtout quand les autres sont angoissés).
On n'a peut-être pas besoin de tout savoir en formation, si on a quelqu'un d'astreinte à appeler pour nous guider. Il faudrait savoir qui appeler ? Qui peut nous conseiller ? Qui peut nous orienter ? Comment faire ? ...

- Insister sur la mise en place d'un soutien psychologique pour les équipes qui en ont besoin. »

Entretien n°2 (23 octobre 2018)

Jean-Charles

56 ans

Médecin de classe exceptionnelle du SDIS 13

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« J'ai fait du SAMU de 1988 à 2004 et je suis médecin chez les sapeurs-pompiers depuis 1989 volontaire d'abord puis professionnel depuis 1994. Arrêt des interventions de 2004 à 2008 pour des raisons de santé puis en 2017 également pour des raisons de santé.

J'ai une petite expérience en médecine d'urgence. Ma spécialité est surtout le préhospitalier : j'ai essentiellement fait des gardes 1 an – 1 an et demi en service d'urgence classique et, depuis 1989, mon activité essentiellement constituée de préhospitalier.

Pendant mes études de médecine, je n'ai pas fait de stage en gynécologie, par contre, j'avais demandé à participer à des accouchements parce que j'avais une de mes consœurs, quand j'étais en 5^{ème} année quand on a fait la gynéco, qui était à la Belle de Mai, donc j'allais doubler des gardes avec elle, car très rapidement, j'ai senti que c'était un point un peu compliqué.

Après je n'ai pas eu d'autres formations.

J'ai fait ma CAMU* (Capacité d'Aide Médicale Urgente), où là, j'ai eu une formation théorique et j'ai complété par une formation d'enseignement post-universitaire qu'on organisait chez les pompiers (2 ou 3), mais ça ne va pas plus loin.

Donc les doublures ont été faites avec des internes, ma formation théorique en CAMU était dans le cadre de la formation universitaire donc c'était des DPH* (Docteurs Praticiens Hospitaliers) qui venaient, et pour les enseignements post-universitaires,

c'était essentiellement le Dr Boubli qui les assuraient.

On avait fait une demande de formation continue, il y a quelques années → j'ai fait passer une convention entre les sapeurs-pompiers et l'assistance publique, où on avait 2 semaines par an qui étaient consacrées à la formation continue pratique au pôle RUSH* c'est-à-dire Réanimation, Urgences spécialisées, SAMU/SMUR, Hyperbarie, et j'ai tenté d'associer la formation avec l'obstétrique, et on n'est jamais arrivé à décrocher cette formation. Tous les autres, on y est allé : SAMU/SMUR, hyperbarie, urgences spécialisées mais on n'est jamais arrivé à rentrer dans le service d'obstétrique. Du coup, ça a été abandonné. »

2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?

« Non. »

3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?

« Non. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « C'est par la pratique qu'on apprend. A mon avis, il faut en faire, il faut en voir. A mon époque, je ne sais pas si c'est toujours le cas maintenant, on pouvait faire toutes ses études de médecine sans poser un plâtre, sans mettre une voie veineuse.

Je pense que dans ces études de médecine, il y a des gestes d'urgence qu'il faut savoir maîtriser mais, à mon avis, les accouchements devraient faire partie des choix obligatoires. La pédiatrie et l'obstétrique devraient faire partie des choix obligatoires.

- En formation continue, ce sont les formations post-universitaires. Et après,

suivant les spécialités, notamment des gens qui sont dans des circuits d'urgence en préhospitalier comme nous, on devrait avoir des sessions de formation continue, comme on avait passé avec les SAMU, des SMUR et de l'obstétrique. Donc tu vois régulièrement des actes, tu vois ce qu'il se fait ... Ne pas rester que sur de la théorie, c'est-à-dire avoir une vraie partie pratique.

Je pense que les enseignements post-universitaires doivent être cadrés par des universitaires, c'est-à-dire que, à mon avis, il doit y avoir un message qui doit être un message bien cadré, bien codifié par la fac, et en même temps doublé par de la pratique et là, la pratique, ce sont les sages-femmes qui t'expliquent les trucs et les ficelles du métier. Ce sont celles qui ont le plus d'expérience.

- Je pense qu'il faut être dans le pratique. Il faut des formations continues pratiques. Ça ne sert à rien de nous abreuver de cours (on les a partout).

Ou alors, ce qui se fait beaucoup maintenant, des tutoriels sur internet. Peut-être faire des tutoriels à accès fermé, délivrés par des enseignants ou réservés à certains circuits préhospitaliers SAMU, SMUR, urgence : qu'est-ce qu'il faut faire ? Les gestes qu'il faut faire, ceux qu'il ne faut pas faire. Accepter de filmer et de diffuser le savoir. Quels sont les abords ? Comment prendre les repères ?

Cela peut remplacer un enseignement sur place, ça peut le compléter, c'est mieux que le cours magistral fait sur power point. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« En 25 ans de SMUR, je n'ai fait aucun accouchement. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?

« Oui, dès qu'on avait des appels pour femmes en couche ; crainte et stress. Si tu m'envoies sur une femme en couche, mon stress est au maximum. Il y a 2 choses qui me stressent par-dessus tout dans mon métier : le « *tout petit* » et l'accouchement. Le reste ça va.

Le problème est toujours pareil : on n'en fait pas suffisamment pour être bon. Le vrai problème est là. C'est-à-dire que l'accouchement, même si on n'est pas là, un accouchement qui va bien se passer, il va se faire. Le problème est que, si cela tourne au vinaigre, même si on en a fait quelques-uns, on ne sera pas assez bon pour maîtriser la situation.

C'est une crainte, un stress surtout dus à la technique car, si ça se passe mal, ça se passe mal. J'ai pour souvenir une hémorragie de la délivrance que j'étais allé récupérer en SAMU, qui a très mal tourné ; ça fait partie des 2 ou 3 patients qui m'ont marqué dans la vie. Une dame de 26 ans qui a fait une hémorragie de la délivrance grave, qui avait fait 3 arrêts cardiaques avant que j'arrive : si celle-là tu la récupères à son domicile, à l'autre bout du département, c'est compliqué.

Le problème est que nous ne sommes pas l'hôpital. On se retrouve dans des cités, à la maison, dans des conditions parfois très difficiles, alors, quand tu arrives, que l'accouchement il est fait, ça va, mais si c'est un accouchement qui est compliqué à la maison avec une hémorragie, un petit qui est mal engagé, ça prend une autre dimension. Le vrai problème vient de l'éloignement parce que même quand on est dans Marseille, traverser Marseille, ce n'est pas forcément évident (ça prend du temps) et la 2^{ème} chose, c'est que, quand il y a une vraie complication, tu peux perdre la maman et l'enfant.

Ce n'est pas si rare que ça.

Question : la délivrance, il faut la faire ou pas la faire quand on est en préhospitalier ?
Quand on est loin, oui, mais quand on est à côté de l'hôpital, on l'a fait ou on ne l'a fait

pas ? Et quand elle se fait, qu'est-ce qu'il faut faire ? Faut-il la compléter ? Ce sont des questions pratico-pratiques sur lesquelles on n'a pas forcément toutes les réponses parce que chaque cas est différent.

Et quand ce sont des grossesses compliquées ? Quand ce sont des grossesses gémellaires ?

Quand un accouchement est simple, ça se passe bien, tu es à 2 min de l'hôpital, ça va. Mais quand tu es à Saint-Rémi de Provence, 2h du matin, que le petit est préma, qu'il respire mal au départ, même s'il ne neige pas et qu'il faut monter jusqu'à Avignon → l'hôpital est loin.

Et si la maman saigne un peu, que c'est une grossesse à risque, ... C'est la vraie vie.

Et qu'elle ne parle pas français, et qu'elle ne sait pas forcément qu'elle est enceinte ... »

3. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« Oui. J'ai eu la chance, si on peut dire, de ne pas faire d'accouchement. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- « Je pense que les médecins urgentistes devraient avoir régulièrement des sessions de formation continue pratique dans des services d'obstétrique et dans des services de néonatal. Comme on fait quand on va en réa, en soins continus, au SAMU, en SMUR → arriver à passer dans des services d'obstétrique et de néonatal pour voir l'évolution, comment on prend en charge le petit, parce que le problème est toujours pareil, quand on a un petit qui sort et qui a un Apgar à 10/10/10 et que l'accouchement s'est bien passé, ce n'est pas compliqué. Quand on a une grossesse un peu compliquée, un petit qui est prématuré, qui ne respire pas tout seul au début et qu'on est au fin fond du département, il faut gérer et la maman et surtout le « *tout petit* », sachant que nous, en plus, on n'a pas forcément de couveuse, on n'a pas forcément tout le matériel adapté. Donc, on se retrouve avec un « *tout petit* » qui n'est pas forcément à maturité, dans des

conditions, des fois, un peu difficiles et il faut gérer cette pré-alarme en plus de stress de l'accouchement. »

Entretien n°3 (24 octobre 2018)

Louis

30 ans

Médecin capitaine du bataillon de marins-pompiers de Marseille

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« Théorie à la fac. On a fait des cours surtout dans notre cursus d'urgentiste : on a de la formation théorique sur les accouchements eutociques, sur les accouchements dystociques aussi, sur les complications autour de la grossesse (Pré-éclampsie, MAP*, prématurité, ...). Sachant qu'il y a quand même un référentiel qui a été fait par les urgentistes conjointement avec le collège des gynécologues-obstétriciens : où il y a une conduite à tenir qui est bien faite sur les principales complications de la grossesse. Mais il n'y en a pas tant que ça, de la théorie dans la formation.

En terme de pratique, quand j'étais externe, j'étais passé en obstétrique, donc j'avais eu, entre guillemets, une formation « pratico-pratique », qui n'est pas obligatoire pour tout le monde. Ensuite, il y avait, dans le cadre de ma formation d'urgentiste, 2 jours complets consacrés à l'obstétrique où il y avait des rappels de théorie et de la pratique sur bassin, vraiment sur les manœuvres obstétricales. La réflexion sur la mécanique obstétricale : circulaire lâche, serré qu'est-ce qu'on fait, on coupe ou coupe pas, procidence de membres, accouchement par le siège, accouchement par le sommet, dystocie des épaules ... → des choses très pratiques avec une application d'un type simulation.

Donc je n'ai eu qu'une seule formation pratique dans ma formation d'urgentiste et après vient le bataillon où on a eu par exemple les jeudis de l'urgence, qui a permis de refaire encore toute une journée sur ça. Et quand je suis arrivé vraiment au bataillon, on avait une formation initiale SMUR, malgré notre cursus d'urgentiste ou de nouveau. On avait des cas pratiques, et dans les cas pratiques, il y avait des cas d'obstétrique (sur la partie

plus médicale (éclampsie ...) et obstétricale pure (accouchement eutocique, comment ça se passe ? Comment on organise l'environnement ?).

C'est assez court comme formation et puis ce n'est pas répétitif. Parce que finalement ce qui est important, de mon point de vue, surtout quand ce sont des choses qu'on fait peu, c'est bien quand tu te dis : « bon une fois tous les 2 mois, on refait tout », parce que ça permet de te maintenir à jour et de garder la compétence sachant que tu ne fais pas forcément très souvent. Ça évite de se dire par exemple, « Tiens, mon dernier, c'était il y a 3 ans ! ». Ça revient, mais je ne suis pas trop serein quand même, parce que, finalement, je ne l'ai pas repratiqué sur des mannequins ou même peut être en maternité. Tu peux toujours t'imaginer qu'on ait des partenariats et qu'on puisse aller de temps en temps se former, revoir, en rediscuter avec ceux qui ont l'habitude d'en faire.

J'ai fait mes formations avec des sages-femmes et des médecins urgentistes. Moi, j'ai fait ma formation à Nice et c'était une sage-femme du SAMU qui travaillait au SAMU de Nice, qui faisait la régulation de tous les problèmes obstétricaux du secteur et qui, des fois, partait aussi sur les véhicules sur des accouchements annoncés un peu compliqués. Et pour les urgentistes, ce sont ceux qui se passionnaient un peu pour cette activité là et qui, du coup, transmettaient un peu leur savoir obstétrical.

Et par contre, je n'ai jamais eu de formation pour les nouveau-nés (réanimation, ...). C'est le gros point négatif des formations : on n'a jamais simulé l'après. Le seul jeu de l'après, c'était finalement juste : clampage cordon (faire clamber par le père ou par le professionnel de santé), et on sèche, on explique juste qu'on fait un Apgar, on met le petit sur sa maman en peau à peau et ça s'arrêtait là. Moi, je n'ai jamais joué un scénario avec une réa du nouveau-né. En théorie, on l'a vu sur les algorithmes de prise en charge, mais jamais de simulation. On n'a fait que l'arrêt cardiaque pédiatrique (que j'ai eu en tant qu'externe et interne malheureusement) mais vraiment sur le nouveau-né qui sort avec une grosse détresse, ça jamais. »

- 2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?**

« Non. Pas du tout. »

3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?

« Non, parce que c'était assez pratico-pratique. On ne partait pas dans les grands cours professoraux, comme j'avais à la fac sur, parfois, des choses très complexes. C'était plus du terre à terre pour nous, un peu en mode binaire car de toute façon, en préhospitalier, c'est comme ça que tu es le plus efficace et que tu arrives plus facilement à prendre des décisions. Si tu commences à avoir trop d'alternatives, à un moment donné, tu n'arrives pas à trancher. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « Oui je pense que la réponse est simple. Déjà, tous les urgentistes, on devrait avoir un cursus obstétrique. Alors, pour ma part, dans mon cursus soit je pouvais faire 3 mois de pédiatrie en service + 3 mois d'obstétrique-gynécologie (donc autant tu te retrouvais plus en urgences gynécologiques qu'à faire de l'obstétrique pure), soit 6 mois d'urgences pédiatriques. Moi, j'ai privilégié dans mon cursus, voulant faire urgentiste, les 6 mois d'urgences pédiatriques, mais j'aurais aimé en plus de ces 6 mois-là, par exemple, avoir vraiment au moins 3 mois, voire peut-être 6, en obstétrique ; et du coup, sortir de l'internat avec peut-être 6 mois d'internat en plus, mais pourquoi pas, la formation c'est important, et en ayant une expérience, un cursus bien défini, presque comme les internes d'obstétrique, avec de la participation à la salle de naissance activement, du bloc pour faire de la césarienne pourquoi pas, de toute façon, tu ne fais jamais seul. Il y a toujours un sénior qui est là, mais participer avec un sénior à faire la césarienne. Ce sont des cas anecdotiques, mais en cas d'accident avec une maman décédée et avec un bébé avec cœur qui bat : certains ont ouvert. Est-ce que j'aurais fait, pas fait ? Il y a peut-être de l'instinct et une grosse part éthique, mais après, si j'ai appris à ouvrir (c'est quand même utile de savoir aussi y aller → je n'ai pas peur : j'y vais, j'ai vu, j'ai participé), certains l'ont fait. Après,

heureusement que c'est exceptionnel, un arrêt cardiaque d'une femme enceinte.

Mais tu appréhendes un petit peu moins les choses.

Je pense que dans le cursus des jeunes médecins, leur rajouter obligatoirement de l'obstétrique pure (peut-être que les sages-femmes devraient plus facilement accepter les médecins qui ne sont pas en formation obstétrique, et à l'inverse, il faut que les médecins fassent un effort pour que les 2 parties s'entendent). Je pense que ça peut être gratifiant, même pour les sages-femmes, de pouvoir former des futurs professionnels de santé pour que, quand nous ne sommes pas là, ils puissent nous amener des patients dans de bonnes conditions, parce qu'on a pu leur apporter un savoir qu'ils n'avaient pas au départ.

Donc une formation initiale pour les urgentistes qui doit être beaucoup plus poussée.

- Après, la formation continue sur des choses comme ça, qu'on ne fait pas beaucoup et qui sont quand même stressantes. Je pense que dans les services (SMUR, urgences préhospitalières) on devrait avoir une formation de maintien des acquis sur ces compétences-là tous les 3 à 6 mois. Mais, encore une fois, en interne, avec des collègues urgentistes qui pourraient être référents, et en faisant participer encore une fois les sages-femmes car ça reste quand même leur cœur de métier. Comme le fait qu'il faut apprendre à intuber avec un anesthésiste. Pour le côté obstétrical, ce sera l'obstétricien, pourquoi pas, encore que lui, je pense qu'il sera plus dans la dimension qui est vraiment l'accouchement plus compliqué avec forceps, ... que nous n'avons pas. Donc nous, il nous faut une formation plutôt basique avec un médecin compétent, et il faudrait qu'on ait un partenariat avec des sages-femmes motivées, qu'on pourrait faire venir en formation continue tous les 3 à 6 mois, voire, par groupe, on s'organise sur les semaines où ils suivent même une sage-femme référente pendant 3-4-5 gardes ; on s'organise sur les plannings, et ça permet de revoir forcément quelques accouchements. Je pense que, pour nous, ça serait très bien et ce serait gratifiant des 2 côtés. Nous, quand on arrive à l'hôpital, on a cette frustration de se dire : « j'ai fait un peu à l'arrache, mais c'est passé et finalement tout le monde va bien et tant mieux ». Mais d'un côté, pour les gens comme moi, qui sont assez perfectionnistes, j'ai la frustration quand même de dire : « oui c'était pas mal,

mais c'était pas non plus le truc extraordinaire », parce qu'on n'est pas hyper rodé. Et à l'inverse, pour une sage-femme, je pense que c'est gratifiant de se dire : « en enlevant les clivages → je forme des gens compétents sur le terrain ».

Donc, une formation continue, et que dans chaque département, il faudrait qu'il y ait des sages-femmes. Je sais qu'elles sont au SAMU mais moi, par exemple au bataillon, je n'ai pas vu de sage-femme passer. Ça s'est peut-être fait, ça fait 6 mois que j'y suis, mais moi je n'ai pas vu de sages-femmes, ni quand je travaillais à Martigues. Je pense que c'est dommage. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« D'abord, on fait des accouchements à Marseille, mais on n'en fait pas tant que ça. Mais, on part assez régulièrement sur des femmes en couche, où, finalement, il n'y a pas d'inquiétude, cela finit non médicalisé. On voit quand même, de temps en temps, des femmes enceintes avec divers problèmes : souvent métrorragie ou faux travail. Sur le plan médical, je n'ai pas rencontré de difficultés, après, par contre, quand tu pars sur ça, il y a toujours la question « qu'est-ce qui va se passer ? », parce qu'on sait que ce sont 2 patients potentiels. Et puis, je pense qu'on fait beaucoup de cardiologie, de traumatologie, et l'obstétrique, ça fait partie de notre travail, mais finalement, vu qu'on en fait peu, on est quand même moins à l'aise aussi. Je ne pense pas que le problème vienne d'une histoire de compétences théoriques mais du fait qu'on en fait beaucoup moins : en pratique, on est moins à l'aise. Mais, ça peut aussi être un avantage, parce qu'on est beaucoup plus précautionneux dessus, parce que tu réfléchis beaucoup à ce que tu fais pour ne pas passer à côté de quelque chose. Mais je n'ai pas l'impression d'avoir rencontré des difficultés pour l'instant (je touche du bois) sur vraiment les prises

en charge obstétricales.

Après, vraiment sur les accouchements : je suis déjà tombé sur un prématuré qui n'était finalement pas un grand préma et qui allait bien. Mais je n'étais pas trop serein quand même, parce que, surtout, j'étais assez loin de l'hôpital ce jour-là et de nuit (2h du matin), donc j'avais un peu plus de pression.

Pour l'histoire de la délivrance, forcément, tu as toujours un peu d'appréhension en te disant : « bon, si elle saigne, ça risque d'être compliqué ». Donc la délivrance, ce n'est jamais un truc qui nous rassure trop. Après, examiner un placenta, on n'en fait jamais donc, sauf dans le cas où il te manque un énorme cotylédon, ça saute aux yeux, c'est facile, mais sinon, savoir examiner un placenta, voir si les membranes sont parfaites ... par mon expérience, j'ai envie de dire non, je ne sais pas faire. Je le récupère, je le garde et je l'apporte à la maternité. En résumé, la délivrance fait partie des aspects où on n'est pas trop à l'aise.

Et après, le 3^{ème} truc sur les accouchements préhospitaliers, c'est : on fait ou on ne fait pas ? On arrive, on fait sur place, on a le temps de partir ? Et ça, c'est ce qui nous met des fois en difficultés, parce qu'il y a plusieurs paramètres à prendre en compte : le temps de transport, la parité (plus elles en ont eu, et plus il a des chances d'arriver très vite), est-ce que c'est une grossesse gémellaire, est-ce un déni de grossesse (du coup, tu as 0 élément) ?

Une fois, j'ai eu un souci : une dame en travail, qui a eu un arrêt du travail avec un petit qui était vraiment engagé dans la filière, plus qu'au détroit inférieur, et qui ne progressait plus. C'est une primi. Au final, c'est assez stressant. Nous ne pouvons pas monitorer le bébé ; encore que, à certains endroits au bataillon, on a l'échographe, ce qui permet juste de mettre un coup d'écho et de voir s'il y a une activité cardiaque ou pas du tout. Mais le problème est que dans ces situations, on n'a pas de vision de ce qu'il se passe. En plus, avec une dame assez agitée, parce qu'elle commence à paniquer donc, oui, c'est stressant. Tu te dis que tu risques de perdre le bébé et que s'il y a une autre complication, tu peux aussi perdre la maman. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces

interventions ?

« Oui, oui. Pour moi, personnellement, quand je vois le motif de départ : femme en couche, je n'aime pas. Je suis très concentré, mais je n'aime pas. Je pense qu'on n'est pas à l'aise pour l'accouchement. On fait, mais c'est un truc qui est hyper stressant.

Je peux partir sur un gros accident de la route, même s'il y a des enfants dedans, je sais que ça va être difficile, mais ça ne me fait pas peur : l'arrêt cardiaque, c'est notre quotidien. Il y a un gros paquet d'interventions qui ne me posent pas de problème, qui ne m'angoissent pas, je prends la fiche, je réfléchis à ce qu'on peut peut-être trouver, ce qu'il va falloir faire ...

Mais femme en couche : je pense que je suis encore plus concentré que pour le reste des interventions. Ma crainte de ces interventions vient surtout du manque d'expériences, car la théorie, on l'a. Moi, personnellement, j'essaie de relire régulièrement des choses simples (protocoles, manœuvres, me remettre en tête les différents algorithmes basiques à avoir en tête). Mais malgré ça, je n'aime pas. Et gérer les proches ne me fait pas peur parce que c'est quelque chose qui ne me fait pas peur de façon globale : sur intervention, gérer les proches n'est pas quelque chose qui me pose le plus de soucis. Après, je suis assez directif en préhospitalier donc je pense que si ça doit m'arriver, je saurai extraire, s'il le faut, pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions. »

3. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« Oui j'ai des enfants. Et oui complètement. Je pense que, pour moi, il y a eu un avant et un après : la façon de voir l'obstétrique avant la grossesse de ma femme et son accouchement, et l'après. L'accouchement dans son ensemble, à la fois voir la parturiente, comment ça se passe, bon après c'est sûr ce n'est pas objectif parce que c'est ta femme mais quand même, l'environnement, ... Et tu le vis vraiment de près, parce que, des fois, quand tu es en stage, malgré tout, il y a beaucoup de passage, on voit. Ce n'est pas parce qu'il y a un conflit entre médecins et sages-femmes, on sait que cela ne se passe pas souvent bien dans les services, dans les stages, pour les externes, les

internes, ... Et donc là, c'était la première fois que j'avais l'impression d'être vraiment là et c'était mon rôle d'être là. Et j'ai participé activement aux poussées ... le voir arriver, la gestion du nouveau-né ...

Et je pense que ça m'a, par contre, fait baisser le stress ; d'avoir vu, finalement, je me suis dit : « bon, ça va ». Ça m'a un peu déstressé par rapport à ce qu'il faut faire et comment tu le vis, par rapport à mes expériences d'avant où je découvrais ça comme ça, j'arrivais, je n'y connaissais rien.

Je pense qu'il y a vraiment un avant et un après, notamment dans la gestion du nouveau-né. Avoir un « *tout petit* » ne me fait pas peur maintenant. Bon, après, s'il est vraiment en très grande détresse ... on fera les gestes, parce que, de toute façon, tu les as appris de façon théorique, tu connais l'algorithme, tu sais le matériel à utiliser, et finalement gérer un nouveau-né ne me fait pas peur.

Par contre, je pense que c'est vraiment l'accouchement en lui-même, la phase de travail, le travail qui évolue avec la descente ... de la présentation. Ce sont toujours des moments un peu stressants parce que tu te dis toujours : « est-ce que ça va être comme je l'ai vu une fois en vidéo sur you tube, le « comment ça se passe », les gestes ... Il faut le dire, grâce à internet, aujourd'hui, on peut se former de façon visuelle ; même si on ne fait pas, on peut revoir les gestes, et les revoir, et les revoir, revoir les manœuvres. Mais on espère toujours que ce sera comme ça !

Mais, pour la réponse de départ, il y a eu un avant et un après, je pense. Ça me fait moins stresser depuis que j'y ai vraiment participé activement. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- « Je pense que ce qui va faire clairement diminuer le stress, c'est la formation. Il n'y a que la formation pour le faire diminuer. D'ailleurs, pour toutes les situations, autres que l'obstétrique, la formation fait que tu n'appréhendes pas de la même façon l'intervention une fois que tu la vois en réel. Ce sont des mannequins, certes, mais tu le vis à 200% parce que le cadre est tel qu'on fait de vraies simulations. Tu vis vraiment ton intervention. Quand tu arrives en vrai, tu as quand même toute une part d'émotionnel, de déjà vu, et tu te dis : « non mais

ça va, j'ai déjà vécu le truc ». On va se calmer. On va faire comme ça. Ça va bien se passer.

Je pense qu'on nous ferait faire 200 accouchements fictifs : quand, j'arrive chez quelqu'un, je me dis « je l'ai fait 200 fois, on m'a fait répéter les gestes ». Plus on le répète et meilleur on est.

Et je pense qu'il faudrait aussi que les sages-femmes volontaires dans la formation voient ce que c'est vraiment d'être médecin urgentiste → je pense qu'on les prendrait volontiers dans nos camions pour qu'elles voient finalement ce qu'est notre métier au sens large, et cela permettrait peut-être de faciliter aussi les rapports, les échanges. Je crois qu'il y a un travail qui doit être commun.

- Pour moi, il y a 4 spécialités qui doivent discuter entre eux : obstétrique (sages-femmes avec qui on puisse vraiment discuter), réanimateur (sur certains aspects ventilation ...), pédiatrie (activité aussi un peu à part) et cardiologie (activité un peu privilégiée qu'on a). Donc, je pense que les cardiologues, c'est bon : urgence et cardiologie c'est assez proche, on a des référentiels en commun ... ; les réanimateurs, de par notre cursus, on passe en réa, donc je pense qu'il y a quand même un travail assez commun ; les pédiatres, pas tant que ça, mais du fait que la pédiatrie soit un peu organisée comme nous avec le SMUR pédiatrique, les urgences pédiatriques, ils ont fait une organisation pédiatrique vraiment calquée sur celle des adultes, donc je pense qu'on commence de plus en plus à travailler ensemble. Mais je crois que vraiment, le maillon faible, aujourd'hui, est sur le côté obstétrical, et c'est dommage, parce que je pense qu'il y a vraiment des choses à faire. Il nous faudrait vraiment (aux urgentistes) des sages-femmes référentes motivées qui soient prêtes à nous former.

Je sais que, d'après les chiffres, 9 accouchements sur 10 se passent bien en préhospitalier, ce qui veut dire qu'on arrive et l'accouchement a déjà eu lieu, et éventuellement, s'il y a une complication par exemple pédiatrique, ça sera quand même plus le pédiatre qui pourra nous former. Mais, par contre, vraiment sur l'accouchement en lui-même et voire même pour les complications basiques (hors éclampsie ...), il faut que ce soit une sage-femme le fait toute la journée, qui te l'enseigne, plus qu'un obstétricien qui est appelé, surtout dans le public, uniquement quand ça se complique.

Donc finalement, ce sont les sages-femmes qui font tous les accouchements et ce sont elles qui ont l'expérience d'en faire, et on n'aura pas plus de matériel à disposition que des sages-femmes. On n'aura pas plus et on sera en plus à l'extérieur de l'hôpital !

Au bataillon, on n'a pas encore de référent sur le côté obstétrique. Mais ça me plairait, mais je n'ai pas beaucoup d'expérience alors est-ce que je suis légitime ? Je ne sais pas si on peut faire un partenariat, essayer de dynamiser, de faire des formations. Alors oui, parfois, c'est sur du temps libre, donc c'est prenant. Il faut avoir une passion de former. Moi je pense que les gens seraient réceptifs. Je reste convaincu que c'est une thématique à chaque fois qu'on en parle, même de façon informelle, entre nous. Dès que ça parle d'accouchement, tu vois que les gens sont demandeurs : est-ce qu'on ne pourrait pas avoir une formation, si, ça... ?

En cas d'accouchement, on se dit « normalement ça va bien se passer, normalement », mais on ne se sent pas du tout à l'aise. On devrait plutôt se dire « je maîtrise les choses, si ça se passe mal peut-être que je vais douter un petit peu, mais c'est comme ça et en tout cas, je me sens à l'aise ». Et c'est là où tu as moins de risque d'erreur aussi (tu sais où tu vas, dans ta tête c'est clair, tu es posé, tu es plus réfléchi). Je pense que si tu es capable de faire de l'accouchement eutocique (pour toi, c'est la routine) déjà le niveau de stress n'est pas au même endroit au départ. Si ça ne se passe pas bien, tu as plus d'armes déjà pour te calmer et pouvoir réfléchir. Que si tu as un niveau de stress très important au départ, tu n'as plus beaucoup de marge de manœuvre en cas de complications. »

Entretien n°4 (24 octobre 2018)

Raphaël

37 ans

Sergent-chef, chef d'agrès sapeur-pompier du centre de secours de Roquevaire

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« Je suis agent de la surveillance de la voie publique (ASVP*). On a des gestes à faire sur les nouveau-nés. Mais ça s'arrête juste là. Tout ce qui est accouchement, on n'a rien. De mon époque (ça fait 20 ans que je suis pompier) il n'y avait pas grand-chose, et maintenant le set « accouchement » pallie un peu à certains problèmes. On a juste la notion de clamber et de faire l'abordage du nourrisson. De mon souvenir, c'est ça.

Après, avec le temps, j'ai plus de cordes à mon arc : on demande bien aux parents s'il a crié ou pas, si la maman saigne encore ou pas, ... Mais on s'aperçoit que les autres personnes du véhicule (à bord sur le même véhicule) sont plus obnubilées par la maman que par l'enfant, parce que la maman parle, c'est un interlocuteur, le bébé passe après. Il est presque un problème malheureusement.

Je n'ai pas eu de formation pratique sur les accouchements. »

- 2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?**

« Non, pas du tout. En fait, on le fait par nécessité. »

- 3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?**

« Non. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « Nous, on est là pour faire des gestes d'urgence et moi j'aimerais savoir quoi faire sur certaines choses. Exemple : si le bébé ne crie pas et que le cordon est clampé → les gestes d'urgences à part aspirer la bouche. Je serais assez preneur pour ça.

Et qu'il y ait une sage-femme qui vienne nous faire une pseudo-formation pratique dans les cas les plus courants (cas pratiques). Après, je me dis que le cordon ombilical autour du cou, ce n'est pas tous les jours, malgré le fait que je n'ai pas de chance. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« En tout, j'ai fait 3 accouchements, dont le dernier, il y a 3 jours. Pour le dernier, j'avais déjà vu, je savais où je m'engageais. Je n'arrivais pas devant une porte en me disant qu'est-ce qu'il y a derrière ? Qu'est-ce qu'il va me tomber dessus ? J'ai un peu de recul sur ça, pas beaucoup mais peut-être un peu plus que certains.

Sur cet accouchement, quand la dame a sorti le bébé pendant que le papa était en train de rouler, elle lui a dit « ne roule plus vite, ça ne sert à rien, il est là ». Le papa s'est mis sur le côté, et quand on est arrivé il était toujours en train de tenir le volant sur la BAU* et le bébé était sur le ventre de sa maman. Il s'était mis sur le côté et il a fait une pause sur tout. Du coup, quand on a mis la maman dans l'ambulance, on l'a invité à venir, ça l'a un peu détendu, il a repris un peu de couleur. Quand on est arrivé dimanche, c'était ça : la maman avec un sourire, le papa qui n'était pas trop tendu ... et qui tenait toujours le volant. On aurait pu repartir. La VRM* est arrivée dans la foulée, on n'a pas eu le temps

de clamer, on l'a mise sur une chaise, on l'a transportée en ambulance, ils l'ont clampé de suite. Le seul truc qu'on ait eu le temps de faire : l'abordage s'est fait du côté où il y avait la maman. On a fermé la porte de la voiture, je suis passé par l'autre côté et j'ai demandé au papa s'il avait juste un bonnet ou s'il en voulait un pour couvrir la tête du nouveau-né parce qu'il ne faisait pas trop chaud ; il pleuvait et on a essayé d'ouvrir les portes le moins possible le temps que ça se mette en place, qu'on puisse la transporter de la voiture à l'ambulance dans les meilleures conditions. On a demandé à la maman si elle saignait encore, elle m'a dit « non je ne sens rien couler ». Ce sont les premières questions qui me paraissent les plus importantes.

Je n'ai pas rencontré de difficultés dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né. Le plus difficile est la prise en charge de nous ! C'est la vérité, parce que des fois, on ne sait pas où se positionner tout simplement. Quand la maman crie, qu'elle commence à lever les jambes, qu'elle commence à dire « je vais pousser, il sort », là, on ne sait plus où se positionner. On est presque vraiment dans l'urgence alors que non, au final, on ne l'est pas avec un peu de recul, mais sur le moment, on réfléchit beaucoup et c'est plus ça, qui est difficile.

Après, à la base, sur cette intervention, j'avais laissé ma place, parce qu'il y a quelqu'un qui vient du Nord et il doit être chef d'agrès (il a la formation de Paris mais il ne prend pas encore chef d'agrès ; il doit prendre en double). Seulement, on n'a pas les mêmes automatismes, on ne voit pas tout pareil, peut-être que ça vient du changement de département. Là, on est parti en double finalement et ensuite il a dit « tu as posé des questions à la dame. Je n'ai pas compris. Ça m'a soulagé parce que tu as posé des questions. Mais bon, c'était dur parce que j'essayais de m'effacer par rapport à lui, de ne pas empiéter sur son travail, et en même temps les questions ne sortaient pas, il fallait bien qu'elles viennent tôt ou tard.

Je me souviens du premier accouchement, où c'était rock and roll. On a transporté à Bouchard. On arrive, on commence à compter le nombre de contractions qu'elle avait, le temps. Je commence à tout marquer sur un papier et on a le docteur au téléphone qui nous dit « non, c'est bon ». C'était son 3^{ème} bébé. En cours de route, tout s'est accéléré. Avant de prendre l'autoroute, on s'est dit « on va à Aubagne ou non ? ». Et la

dame a dit « non, on va à Bouchard » et elle insistait. Donc on prend direction Bouchard. Arrivé là-bas, un docteur dit « on accouche dans l'ambulance », l'autre docteur « non, on transporte dans la salle d'accouchement ». Et ... on a tous fait l'accouchement dans la cage d'escalier. Le premier tenait la tête et le deuxième on aurait dit qu'il avait fait un AVC*. On n'avait pas de VRM pour cette intervention. Je ne sais pas si c'est parce qu'elle était prise ailleurs.

Dans le deuxième accouchement qu'on a fait, ça s'est pas mal passé sur l'accouchement à proprement parlé, ce n'était pas moi le chef d'agrès, j'étais en tant que conducteur. On l'a fait dans l'enceinte de la caserne dans l'ambulance sur le parking. Il s'est bien passé, c'est sorti tout seul, comme une lettre à la poste, on lui a mis sur le ventre. Par contre, il y a eu beaucoup de projections et c'est la dame, à la fin de l'accouchement, qui nous a dit qu'elle avait une hépatite. On ne sait pas laquelle, elle ne nous en a pas dit plus. On est arrivé à l'hôpital, on était presque plus pressés, nous, de dire qu'on était malade mais bon on avait les gants. Sinon, l'accouchement s'est bien passé, le chef d'agrès de l'époque avait l'air de maîtriser correctement le sujet.

Et c'est un moment heureux, quand tout va bien. Mais c'est toujours cette épée de Damoclès, se dire : « si ça se passe mal, quoi faire ? » Et quand c'est vraiment sorti, le nouveau-né, qu'on a juste clampé, les gestes à faire, je ne saurais pas dire. Aspirer la bouche, je sais, on a ce qu'il faut, mais après, je sais que certains, il faut les masser, mais je ne sais pas faire. On a déjà dépassé mes compétences. S'il y a à masser parce qu'il ne respire pas ou parce qu'il n'a pas crié. Si on ne sait pas le faire, je me dis qu'on va sûrement se dégrader sur un problème beaucoup plus compliqué et je me dis qu'il ne va pas rester en apnée pendant 6 mois. Je me dis que s'il y a des petits gestes à faire, ça peut aider. Là, par exemple, le médecin a choisi de couper la robe fine, pour qu'il soit au chaud en peau à peau. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?

« Oui, il y a des craintes et angoisses que ça se passe mal. En règle générale, le corps

humain est bien fait et ça se passe bien, mais on tombe toujours sur des cas où ... je ne suis pas un garçon bien chanceux, s'il y a le cordon autour du cou, je ne sais pas les manipulations qu'il y a à faire, je ne connais pas tout ça. Et déjà là, s'il faut faire quelque chose ... je ne suis pas une sage-femme, tout simplement. Après si ça se passe mal, je me dis qu'on est quand même dans une région où les VRM arrivent assez rapidement et assez facilement. Mais on n'est pas à l'abri déjà que ça se passe mal, ou que ça fasse un moment que ça se passe mal. Après il y a toujours le fait qu'on peut toujours transporter et amener la victime au docteur. Ce sont des cas que j'ai déjà rencontré pas forcément, pour l'accouchement. Mais c'est vrai que pour la maman, ce n'est pas forcément évident, c'est très stressant.

Après, je ne suis pas docteur ou sage-femme pour dire que ça se passe mal. Je ne sais pas si je saurais que ça se passe mal. C'est toujours cette crainte-là. Sur toutes interventions, ça peut toujours dégénérer, mais on est prêt, on est formé, on a des choses à faire, à mettre en place. Sur les accouchements, non. On est tributaire du fait que ça se passe mal et on regarde la bouche ouverte et c'est assez dur à se dire. Après, malheureusement, à l'heure où je vous parle, je n'ai pas d'autres choix que de faire le constat que ça se passe mal et « à l'aide la VRM !

Après, la majorité des gens n'ont pas fait d'accouchement et je suis sûr que si on leur pose la question : c'est une source d'angoisse. »

3. La présence d'un médecin sur l'intervention vous rassure-t-elle ?

« Entre guillemets, quand on est « piou-piou », qu'on est derrière l'ambulance, qu'on a un chef d'agrès, ce n'est pas bien de dire ça, mais c'est la vérité : on se repose sur le chef d'agrès. Quand on est chef d'agrès, on se repose sur personne. Et après le chef d'agrès dit « ouf ! Super ! il y a le médecin, prends-toi ça, maintenant toute la pression qu'on avait est pour toi, on est bien reposé sur toi ». Bon, après, ce n'est pas mon cas, je ne suis pas comme ça, je ne suis pas expansif. Mais cela soulage sans pour autant que cela m'efface. Bien au contraire, j'essaie de participer, on apprend des choses, le doc est un puit de sciences, de savoir que je n'ai pas. Des fois, il fait un truc, je ne sais même pas

pourquoi il le fait. Après, je l'attrape à part et je lui dis « excuse-moi, je n'ai pas compris pourquoi tu as fait ça » et il me dit « pour ça, pour telle raison ... ». Mais des fois, je suis perdu quand il fait des trucs. Et quand ça se passe mal, ce n'est pas évident. C'est dur de trouver le juste milieu entre le fait de s'effacer et le fait d'aider, de demander. Et psychologiquement, les médecins peuvent demander de l'aide.

Mais après, là, on parle pompier « esprit pompier ». Moi, j'ai pu travailler avec des VRM des Marins et aussi bien des SMUR, on est dans deux mondes différents. Chez les Marins, ils demandent des trucs, travaillent avec nous. Tout le monde est à la même échelle, au même niveau. Et c'est fantastique. Ce n'est pas la même chose avec les médecins extérieurs (hospitaliers). C'est arrivé que les médecins, en arrivant sur l'intervention, ne dise même pas bonjour, ou n'écoute même pas le bilan que je leur donne. Et ça arrive régulièrement. Il travaille seul. »

4. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« J'ai 2 filles. J'étais là pour les accouchements, j'étais là pour m'en occuper.

Et vu que je suis papa, je peux poser les questions, parce que j'ai un retour d'expériences quelque part. Je peux poser des questions, s'il se passe ça ou ça. Mais un jeune qui n'a jamais vu un accouchement et qui ne sait même pas de quoi on parle, il ne va pas poser de questions parce que ça ne va pas lui venir. Se dire qu'il y a le cordon ombilical qui peut se mettre autour du cou. Si on ne le dit pas, je ne peux pas le savoir, le deviner. Il peut y avoir des milliers d'autres choses que je ne soupçonne même pas. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- « Je pense que d'avoir une sage-femme par téléphone, ça pourrait être utile éventuellement. Dans mon cas, je suis quelqu'un qui réagit bien au stress. J'arrive à me poser, à me détendre, à écouter calmement, même si c'est la guerre de l'autre côté : cela ne me gêne pas. Si c'est possible, oui. Franchement, oui, ça

m'aiderait. Vraiment, dans le cas où ça se passe mal, ou même si ça se passe bien, des fois, on peut oublier quelque chose, on n'est que des hommes et moi, je n'ai pas honte de le dire, j'oublie des choses. En attendant la VRM, ça peut être plus que rassurant et pour penser à poser les bonnes questions.

Après, pour reparler de l'esprit pompier, si, sur intervention, on a cette possibilité, il faut quelqu'un qui peut faire passer des données correctement au téléphone, et non pas comme des médecins : moi, si on me parle en docteur, à un moment, je vais être obligé de freiner, et dire « excuse-moi mais ça ne passe pas, tu me parles chinois. » Ça ne sert à rien de me donner un docteur au téléphone qui ne sait pas communiquer à des pompiers.

- Je fais toujours un débriefing après les interventions. C'est important pour tout le monde (pour eux, si certains ont peur de poser des questions).
« L'intervention ? Vous avez tout compris ? Il y a des choses qui vous ont choquées ? Est-ce que vous avez des questions ? »

Entretien n°5 (26 octobre 2018)

Laure

54 ans

Cadre de santé, infirmière d'encadrement des sapeurs-pompiers du SDIS 13

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« Après le dernier accouchement qui a été difficile pour moi, j'ai demandé (parce qu'à l'époque, on pouvait aller en stage au SAMU) à faire un stage en tant qu'infirmière-pompier, et je suis allée à la Conception à la maternité. J'ai passé 4 jours du lundi au jeudi pour voir des accouchements et surtout poser des questions aux sages-femmes : « qu'est-ce que tu fais si, quand il sort, ça ne se passe pas bien ? Si tu as la circulaire du cordon que tu n'arrives pas à enlever ? Qu'est-ce que nous, en tant que pompier, on peut faire ? Si on sait que c'est un siège, qu'est-ce que je dois faire ? »

Alors j'ai été très mal accueillie par les sages-femmes. Très bien accueillie par les 2 cadres (cadre supérieur et cadre du bloc) mais pas par les sages-femmes parce que : « ah bon ! Mais qu'est-ce que tu viens faire là ? Ce n'est pas à vous de faire les accouchements ! » J'ai bien expliqué, « on ne vous enlève pas votre travail de sages-femmes, mais si ça se produit, et ça s'est produit, qu'est-ce que je fais si ça se passe pas bien ? » Elles avaient peut-être l'impression que les infirmières allaient prendre le travail des sages-femmes. Mais pas du tout. A l'hôpital, ce sont elles qui accouchent mais sur le terrain, ce ne sont pas elles et bien souvent, il n'y a même pas des infirmiers, il y a des pauvres pompiers. Alors, il y en a 1 ou 2 qui ont été sympa, qui ont répondu à mes questions en salle d'accouchement parce qu'une fois, ça ne s'est pas bien passé avec une dame. J'étais là, je disais rien, j'observais parce que je voyais qu'elle paniquait aussi. Mais c'est dommage. Et puis, elles ne me répondaient mais pas trop. Exemple : « de toute façon, un siège, généralement, ça se terminera par une césarienne. » Du coup, tu te dis « bon, je fais

quoi ? C'est vraiment une urgence pour pas qu'il y ait souffrance ... ». Après, elles te disent « eh bien, tu mets ta main et tu essaies de le faire tourner ! » Mais moi, je ne vais pas m'aventurer sur des gestes que je n'ai pas faits en formation.

Par contre, j'ai vu des césariennes.

Quand j'étais à l'école d'infirmière, on a rien sur l'accouchement → on a la théorie obstétrique, ça se passe comme ça les contractions, tant de mois de grossesses, ... En plus, tout ça, tu le sais surtout si tu as accouché. On apprend plus sur l'anatomie, comment ça se passe. Le bébé sort, mais il sort toujours bien dans ces cas-là donc tu l'essuies ... Mais on ne te dit pas ce que tu dois faire si ça ne se passe pas bien. Donc, aucune formation en infirmier.

Après, pour la prise en charge du nouveau-né, avant d'être infirmière, j'étais auxiliaire de puériculture et je travaillais qu'avec des bébés, plus les stages que j'avais fait en maternité, et pour m'être occupé de bébé « *bébé* », ça ne me fait pas peur. Je me sens quand même assez à l'aise et peut-être aussi parce que j'ai eu 2 enfants. Mais, par contre, je ne sais pas leur faire les premiers gestes.

En tant que pompier, oui, on fait l'accouchement inopiné, on leur apprend que dans le VSAV, ils ont un kit d'accouchement inopiné. Mais qu'est-ce qu'on leur dit : « ça se passe, il faut installer confortablement la maman, il ne faut surtout pas pousser l'enfant quand on voit qu'il sort, il faut demander du renfort ». Mais rien de plus. S'il a le cordon autour du cou, on ne dit pas ... On dit « une fois qu'il est sorti, voilà, et si ça se passe pas bien demander du renfort ». Et on n'a pas de formation pratique.

Maintenant, on a instauré une formation pédiatrique pour les infirmiers et les médecins qui dure 1 jour et demi, mais dans cette formation, il raconte un petit peu l'accouchement et puis il dit de laisser faire et que si ça ne se passe pas bien, il faut d'abord ventiler et ensuite, faire le massage cardiaque si on voit qu'il n'y a aucune réaction. Et il y a une courte formation sur le juste né : si quand il sort, il ne respire pas et qu'on a une circulation inférieure à 80 battements, à ce compte-là, on met en place la ventilation et le massage cardiaque. »

2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin

d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?

« Non. »

3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?

« Non. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « Chez les pompiers, il ne faudrait pas forcément que ça soit nous qui leur fassions une information ou une formation sur l'accouchement, mais peut-être qu'une sage-femme vienne expliquer comment ça peut se dérouler un accouchement normal et comment ça peut vite dériver et qu'est-ce qu'ils doivent faire (le réflexe).

Nous, on est demandeur que les sages-femmes viennent, quitte à faire une soirée, qu'elles viennent nous raconter qu'est-ce qu'on doit faire si ça se passe pas bien, tout ce à quoi on peut être confronté.

Peut-être pas 4h là-dessus, mais est-ce qu'en 2h, on ne peut pas brosser rapidement un accouchement qui se passe très bien ?

- Peut-être, de temps en temps, le refaire. Pour pas que ce soit qu'en formation initiale, parce qu'après, s'il n'en voit pas de 5 ans, le jour où ça arrive ... voilà. Il faudrait revoir. Comme pour les interventions sur les tous petits. Peut-être que pour tout ce qui est pédiatrique, y compris accouchement, comme ce sont des choses qu'on ne fait pas souvent, du coup, on n'a pas trop l'habitude, on oublie, on n'a pas les bons gestes. Et sur l'accouchement, comme c'est un acte symbolique, c'est donner la vie ; et si nous, on est là pour sauver et qu'on n'arrive pas à faire ce qu'il faut, ça va un peu à l'encontre de notre rôle d'aide à donner la vie. A mon sens, c'est différent d'aller sur un accident où tu es là pour porter secours, ça n'a pas la même symbolique que la femme qui va donner naissance.

Si nous, on n'est pas là pour l'aider ou si on peut être délétère peut-être ... quand on ne sait pas, il ne faut pas faire, appeler vite le 15, demander du renfort, et peut-être demander conseil au médecin du 15 si vraiment personne n'arrive.

- Essayer d'envoyer au moins le personnel médical 1 jour ou 2 en stage en maternité pour voir, poser les bonnes questions ou alors carrément faire venir des sages-femmes à des petites formations, des petites informations qu'on pourrait faire. Et je pense que les pompiers seraient demandeurs, car c'est quelque chose qu'ils font quand même → ce n'est pas si rare que ça. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« Dernier accouchement le 25 novembre 2013. J'en ai fait d'autres, mais avec le médecin et chaque fois le petit était sorti donc ce n'était pas pareil. C'est déjà fait, tu n'as plus qu'à clamber le cordon, les 3 ou 4 fois que j'avais fait, c'est le papa qui avait fait l'accouchement ou une fois la belle-mère, mais le bébé allait bien et on a eu qu'à clamber. Pour ce dernier, j'étais toute seule.

Le contexte : c'est un petit village à la Roque d'Anthéron et mon fils est pompier volontaire. C'était vers 21h30 et lui avec son équipe est appelé pour femme en couche dans un centre de réinsertion sociale à la Roque qui accueille des femmes en situation soit de rupture avec leur conjoint qui ne savent pas où aller ou alors des étrangères (beaucoup de comoriennes) qui sont en réinsertion. Cette dame était dans cet établissement, 2^{ème} grossesse (1^{er} petit garçon de 2 ou 3 ans à l'époque), enceinte de 9 mois. Elle est prise de contractions et appelle le 18 qui envoie les pompiers. Mon fils est sur l'ambulance et arrive en tant que conducteur (ils sont 3 dans l'ambulance dont

une fille). Quand ils arrivent, elle dit qu'elle a très mal, enceinte à terme. Ils ont un peu peur, ils passent un bilan au centre 15 et puis il m'appelle (vu que je suis sur la Roque) en disant « tu ne peux pas venir ? Elle est enceinte, on ne sait pas trop, ils nous disent qu'ils ne nous envoient pas de VLM. » Donc, j'y vais. Et quand j'arrive, elle est installée dans le VSAB*. Je lui pose des questions : « est-ce qu'elle est à terme, ... » → 2^{ème} grossesse, elle a des contractions toutes les 6-7 min, elle n'a pas rompu la poche des eaux. Donc je rappelle le médecin du centre 15 qui me dit « donc ça va tu n'as pas besoin de VLM, ça se passe bien, tu les accompagnes ou pas jusqu'à l'hôpital ? » J'ai répondu qu'on était à peu près à 20-25 min (vu que c'est la nuit et que ça roule plus vite), je les accompagne. Ça a rassuré l'équipage du VSAV. Parce que c'est vrai que sur ce type d'intervention, ils ont toujours un peu peur. Et moi je ne suis pas plus inquiète que ça, vu qu'elle contracte que toutes les 7 min, elle n'a pas rompu la poche des eaux, elle ne crie pas, elle est calme. Ça se situe un peu en hauteur, on commence à descendre, la route n'est pas trop bonne et on commence à sortir de la Roque et au lieu de prendre la route habituelle en passant par Rognes pour aller à Aix, il décide de prendre la route passant par les platanes. On avance, je discute avec la dame et la fille pompier et d'un coup la dame me dit « oh là là, je suis mouillée, je suis mouillée ! Ça pousse, ça pousse ! Elle va arriver. » J'ai dit « non, mais attendez. Ça va, vos contractions sont toutes les 7 min. » Elle me dit « non, ça y est, je suis mouillée, je suis mouillée ! ». Donc je regarde et effectivement, elle avait un leggings gris clair trempée. Donc, je me suis dit c'est bon, elle a rompu la poche des eaux, mais bon ce n'est pas bien grave, ce n'est pas parce qu'on rompt la poche des eaux qu'on accouche de suite. Mais elle me dit « Non, non. Elle arrive ! Elle arrive ! ». Je lui ai dit « Mais non, ne criez pas, ne vous affolez pas. » Du coup, je lui fais descendre le pantalon. Tout ça en roulant. Je lui fais un peu écarter les jambes (parce que, quand j'avais fait mon bilan la première fois j'avais regardé mais je n'ai pas appris à faire de toucher vaginal donc je n'ai absolument pas mis mes doigts mais en regardant, en écartant un peu, je ne voyais rien (pas de tête)). Mais là, je commence à voir un peu la tête. Donc je dis à mon fils qui conduit « arrête-toi et appelle J.-L. et dis-lui qu'il vienne vite, la dame va accoucher ! » (Qui était le médecin professionnel). En même temps, je dis au chef d'agrès « rappelle le 15 et demande une VLM. » Ils se garent, font tout ça et je dis à la fille qui est avec moi « sors le kit

accouchement parce qu'elle ne va pas mettre 20 min à sortir. » Et donc là, je commence à être stressée. Je ne comprends pas pourquoi c'est allé si vite. On s'installe confortablement mais on n'a pas eu le temps de la faire tourner. La dame me dit « ça pousse, ça pousse ! » Alors j'ai essayé de la rassurer et puis la tête arrive bien, et puis, au bout d'un moment, les minutes m'ont semblé une éternité. La tête sort de plus en plus. On essaie de calmer la dame comme on peut, on respire avec elle. La fille pompier n'avait jamais vu d'accouchement et elle n'avait pas accouché elle non plus. Quand la tête commence à sortir je vois un truc blanc et je me dis : il doit avoir le cordon autour du cou. Donc j'essaie de passer mes doigts entre le cordon et le cou pour ne pas que ça sert et que ça l'étrangle. Et je dis à mon fils « dépêche-toi, rappelle J.-L., dis-lui que ça urge ! » Et là, elle a poussé 3-4 fois et la petite est sortie avec mon doigt entre son cou et le cordon. Quand la petite est sortie, c'est allé vite et elle ne bougeait pas. J'avais déjà vu des accouchements et elle n'était pas cyanosée mais elle ne criait pas. J'ai enlevé le cordon autour de son cou. J'ai dit à la pompier « occupe-toi de la maman, de lui parler » et puis, le bébé complètement inerte. Je la prends, je la tourne, je la prends contre moi, je commence à la frictionner dans le dos, je la remets sur le brancard, je la frictionne devant. Et là, ça m'a semblé une éternité. Je ne sais pas combien de temps ça a duré en fait, mais moi ça m'a semblé long. Et plusieurs fois, je l'ai retournée et j'ai commencé à dire « sors-moi le BAVU* enfant ». Et dans le kit accouchement, on a une sorte de seringue permettant d'aspirer dans le nez. Donc je l'ai pris, j'ai aspiré la bouche, le nez mais il n'y avait rien et du coup je l'ai bien frictionnée, je l'ai retournée et refrictionnée et là, d'un coup, la porte du VSAB s'est ouverte et la gamine s'est mise à pleurer. C'est J.-L. qui arrive, me voit et la gamine était sur le dos et j'étais à deux doigts de lui faire un massage parce que je voyais qu'il n'y avait rien qui se passait. Et là, d'un coup, elle se met à crier et lui qui ouvre la porte. On aurait dit un fait exprès. J.-L. rentre. On s'occupe de la petite, tout va bien. Mais moi, j'étais vidée. Ce que je reconnais, c'est que j'étais en stress, mais je ne tremblais pas. Mais dans ma tête, je me disais : « est-ce que je fais ce qu'il faut, est-ce que je n'oublie rien ? » Et quand il a ouvert la porte, la pression est tombée, et du coup, après, je ne savais plus. Il voit que j'allais masser et il ne comprend pas. Et j'ai dit tout bas « elle respire juste ». Je ne voulais pas le dire trop fort parce qu'à un moment, la maman m'a dit « elle ne pleure pas ? » Et j'ai dit « si, si ne vous inquiétez

pas. » Mais tu ne sais pas quoi dire parce que l'intérieur d'un VSAB est très confiné, tu ne peux rien dire sans qu'elle entende. Je ne voulais pas l'inquiéter non plus. Alors je ne sais pas combien de temps ça a duré, mais moi, ça m'a semblé une éternité. Après je me suis occupée du bébé, J.-L. s'est occupé de la maman, on a mis des clamps, c'est J.-L. qui a sectionné le cordon ombilical et après je me suis assise au fond du VSAB avec la gamine. Il m'a dit que quand il a ouvert la porte, j'étais blanche comme un linge. Il a géré la maman et quand on est arrivé à l'hôpital, à la maternité d'Aix, j'ai raconté ça aux sages-femmes qui ont accueilli la maman. Parce que du coup, je me demandais s'il y aura des séquelles ? Est-ce qu'elle était bien ? Et elles m'ont parlé de sidération du nouveau-né, quand l'enfant descend dans le bassin de la maman et qu'il est expulsé rapidement → il est comme sidéré et le fait de l'avoir frictionnée, stimulée, elles m'ont dit « c'est ce qu'il faut faire dans ces cas-là. Vous savez combien de temps ça a duré ? ». J'ai dit « je n'en sais rien, il me semble longtemps mais en fait, ça n'a pas dû durer longtemps. » Elle n'a pas fait la délivrance dans le VSAB mais à l'hôpital. Après coup, une fois qu'on a déposé la maman et le bébé à la maternité, les pompiers avaient tout le VSAB à nettoyer (les eaux et le sang). Et quand on est rentré avec J.-L., je lui ai dit « mais tu t'es dépêché quand mon fils t'a appelé ? » Il me dit « oui, j'ai pris mes affaires, mais je ne me suis pas dépêché, je savais que tu avais déjà fait des accouchements. » Et là je lui ai dit « euh non, J.-L., les accouchements que j'ai faits, j'étais avec un médecin et quand on est arrivé le bébé était sorti, tout c'était bien passé et à part les 2 miens d'accouchements, et auxquels cas tu es active, ce n'est pas moi qui ai géré quand mes enfants sont sortis, ce n'est pas pareil. » Du coup, il me dit « Et bien, je me suis dépêché mais sans plus. »

Donc, elle a 5 ans maintenant, elle s'appelle Rita, elle faisait 2800 ou 2900g à la naissance, et elle va très bien. Elle a eu un bon développement. La femme de J.-L. (pédiatre) suivait le petit garçon et du coup suivait aussi la petite. Moi, je m'inquiétais : le fait qu'elle n'ait pas respiré de suite, est-ce qu'il y a eu un manque d'oxygène pour le cerveau ? Est-ce qu'elle sera handicapée ? Et en fait, elle va très bien, bon développement. Et j'ai pu la voir lors de son retour de la maternité au centre de réinsertion. J'avais besoin de me rassurer derrière. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces

interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?

« Moi, le stress, il n'est pas arrivé quand je suis parti pour femme en couche.

C'est vrai que tant qu'elle n'avait pas rompu la poche des eaux et même si elle avait rompu la poche des eaux mais qu'il n'y avait pas déjà la tête, je pense que je n'aurais pas paniqué. Mais quand d'un coup j'ai vu la tête, là, j'ai commencé à stresser parce que je me suis dit : soit ça se passe très bien et auquel cas elle sort, ça se passe bien, tu la prends, tu mets les clamps et tu as le temps d'aller à l'hôpital même sans médecin ; soit ça ne se passe pas bien et effectivement quand elle sort et qu'elle ne crie pas de suite et qu'elle ne bouge pas, elle n'était pas bleue mais bon.

Moi le fait de partir parce qu'il m'appelle sur une femme à terme, ça ne va pas m'inquiéter plus que ça. Par contre, la rupture de la poche des eaux et ensuite je vois la tête → là, j'ai stressé. Le stress est plus lié au fait qu'elle allait accoucher là, dans le VSAV, c'était sûr. Et du coup, tu poses plus de questions à la dame : est-ce que votre grossesse s'est bien passée tout le long, les écho ... ? Avant de décider du transport, j'avais quand même demandé si à la dernière écho, il avait la tête en bas. Elle m'avait dit oui et à la rupture j'ai vu les cheveux : un stress en moins → ce n'est pas un siège.

Le stress vient du manque de pratique et puis ça touche des tous petits.

Et je pense que les médecins, pour certains qui n'ont pas l'habitude de travailler avec les bébés et les enfants, ils peuvent avoir un stress aussi.

C'est un stress par un manque de formation et un manque d'habitude. »

3. La présence d'un médecin sur l'intervention vous rassure-t-elle ?

« Oui. Au moment de l'arrivée du médecin, la pression et le stress tombent. »

4. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« J'ai 2 enfants.

Je ne pense pas. En tant que femme, je vais me sentir plus à l'aise pour accoucher quelqu'un car on n'est pas active de la même façon. Ce qui peut aider, c'est que tu sais que ce n'est pas parce que tu as des contractions toutes les 5 min que tu vas accoucher de suite car tu peux avoir des contractions toutes les 5 min pendant des heures. Tu sais que ce n'est pas parce que tu as rompu la poche des eaux que tu vas accoucher de suite. Tu sais que rien n'est théorique. Là où ça peut aider aussi, surtout si tu as eu plusieurs grossesses, c'est que de l'une à l'autre, ce n'est déjà pas pareil et donc tu peux tout avoir. Si tu n'as jamais eu de grossesse et d'accouchement tu te dis : bon elle a perdu la poche des eaux, elle va accoucher de suite. Alors que c'est aléatoire. Peut-être que, quand on est plus âgé, on n'aborde pas de la même façon ces interventions. Plus jeune on ne sait pas trop donc on va peut-être un peu plus paniquer. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- « Pouvoir appeler une sage-femme ou un médecin avant que les renforts arrivent, ça peut aider.

Heureusement sur notre département, on n'est pas très loin d'un hôpital (pas forcément d'une maternité mais au moins d'un hôpital ou d'un SMUR, même si des fois on n'en a pas et qu'on fait venir quelqu'un de plus loin. Pour moi 30-45 min de route, ça me semble pas si loin que ça pour arriver à une maternité. Mais ça peut l'être en cas d'urgence. »

Entretien n°6 (2 novembre 2018)

Léo

41 ans

Infirmier en soins généraux du bataillon de marins-pompiers de Marseille

Formation :

- 1. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique (départs pour une femme potentiellement enceinte → douleurs abdominales ou suspicion d'accouchement) ? (théorie, pratique, avec qui)**

« J'ai fait formation initiale d'infirmier.

Puis formation continue soit au travers de journées thématiques (à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou au bataillon) et puis formation à l'ENSOSP.

A l'ENSOSP, j'ai fait de la formation pratique avec accouchement inopiné et périnatalité donc soins nouveau-né et gestes de réanimation. Cela se fait avec des sages-femmes formatrices, issues du monde professionnel et enseignant, et le 2^{ème} jour pour la prise en charge du nouveau-né, ce sont des pédiatres d'Aix qui prennent des gardes en réa pédiatrique à l'AP-HM. Tous ne connaissent pas le monde préhospitalier, mais par contre, ils travaillent. »

- 2. Avez-vous eu une formation « psychologique » pour connaître des clés afin d'accompagner au mieux les parturientes lors de ces interventions (communiquer, assurer un relationnel, rassurer) ?**

« Non. C'est très accès manœuvres, processus, prise en charge de la maman et du nouveau-né et très peu l'entourage. »

- 3. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la formation (initiale ou continue) ?**

« Lors de la formation, non. »

Propositions d'évolution (formation) : Auriez-vous des propositions afin de faire évoluer la formation ?

- « La formation continue, c'est important. Même si les manœuvres, on les voit en formation, au bout d'un an, on est moins à l'aise avec les gestes.

Il faut les répéter. La répétition des manœuvres sur bassin pourrait nous rendre service : il faut qu'on s'entraîne plus, il faut retenir les grands principes. Sauf que c'est un truc qu'on ne fait pas très souvent, y compris statistiquement, donc est-ce que ça vaut le coup de passer beaucoup de temps à se préparer pour quelque chose qui se fait rarement ? Ça se rajoute à tout un tas de choses.

En formation en sortant des 2 jours, on se sent rassuré, d'attaque sauf que 1 an, après de nuit ...

C'est sûr que pour tous ceux qui travaillent en préhospitalier, si tu n'as jamais fait de formation là-dessus, c'est compliqué. Et c'est sûr que demain, l'accouchement où le bébé reste bloqué aux épaules, ça va vite être la cata.

Quand ça se déroule globalement normalement, on accompagne le mouvement et ça se passe bien. Les petites difficultés, en plein siège, bon c'est plutôt gérer, dans le sens où on laisse faire et éventuellement une dernière manœuvre pour dégager la tête mais si le bébé reste coincé ou s'il y a une vraie difficulté ... Il y a des manœuvres assez simples pour la dystocie des épaules mais il faut y penser, le faire dans le bon timing sauf que comme on en fait très rarement, j'ai oublié. Demain ça m'arrive, j'ai vu ça il y a 2 ans en formation. Et la solution, je ne l'ai pas. Je ne sais pas. »

Interventions :

1. Avez-vous rencontré des difficultés lors des interventions :

- **sur la prise en charge des femmes en couche (départ pour douleur abdominale et AIEH) ?**
- **sur la prise en charge des femmes et nouveau-nés lors d'un accouchement extrahospitalier ?**

(difficultés technique ou d'accompagnement (peur du relationnel, de la prise en charge du couple mère-enfant)).

« Le dernier accouchement que j'ai fait date d'1 an. Je fais beaucoup d'accouchements depuis que je suis à Marseille parce qu'on a une communauté riche. D'ailleurs, c'est à cause de ça qu'on a un véhicule dédié avec transport de nouveau-né, avec la couveuse ... Alors quand on fait venir la couveuse, l'infirmier part avec le nouveau-né avec la couveuse et le médecin reste avec la maman dans l'ambulance ou dans l'AR donc on roule ensemble. Mais pas simple : la surveillance du nouveau-né, on n'est pas très affuté. Alors normalement tout se passe bien mais surveiller un nouveau-né en couveuse, ce n'est pas un truc qu'on fait très souvent.

Oui, j'ai rencontré des difficultés régulièrement. C'est plutôt des difficultés techniques et de gestion de l'équipe, du stress. Et il y a eu aussi des difficultés dans la prise en charge de nouveau-nés avec besoin de réanimation. L'AR pédiatrique vient si on l'appelle : dès qu'on a confirmation que l'accouchement va avoir lieu à la maison, on la demande en renfort. Ça ou l'AR arrive.

Il n'y a pas de sages-femmes qui peuvent se déplacer. Celles présentes au centre 15 ne font que de la coordination. Son boulot principal est la coordination des transports secondaires sur toute la région. On peut avoir des conseils par contre. On peut l'avoir au téléphone. C'est intéressant. Mais elle n'est pas là 24h. Elle est là la journée. Par contre, on a le renfort de l'AR pédiatrique donc quand ça se passe mal, on la demande.

Par exemple, j'ai fait un accouchement il y a 2 ou 3 ans. On arrive. La maman nous dit que ce sont des jumeaux et qu'elle ne peut pas accoucher par voie basse et elle pousse. Donc forcément, on commence à transpirer. De suite, on demande l'AR pédiatrique car on se dit que potentiellement, ça va mal se passer. En fait, ça s'est bien passé. L'obstétricien ou la sage-femme s'était trompé.

J'ai fait une maman qui accouche dans l'ambulance en transport, nouveau-né mort, maman pas bien, donc compliqué. Séparation médecin/infirmier, un dans chaque camion. Moi, je me suis retrouvé avec le bébé, à faire la réa. C'était tendu.

On ne connaît pas bien le terrain des mamans quand on arrive, surtout à Marseille où on fait beaucoup d'accouchements des communautés Comoriennes ou Roms. On fait

très peu, finalement, d'accouchements de femmes suivies, où tout va bien. C'est rare. En général elles savent, elles sentent, elles arrivent à la maternité. Nous on fait beaucoup de Comoriennes qui accouchent à la maison ou de Roms, plutôt des femmes issues de milieu plus précaires. Déjà, la communication, c'est difficile donc pour faire l'interrogatoire initial, suivi-pas suivi, combien il y en a, problèmes pendant la grossesse ... Impossible ou difficile à savoir. Et ce sont des accouchements dont on ne connaît pas forcément les antécédents.

Un accouchement que j'ai fait il y a 1 an, 22 ans, 5^{ème} accouchement donc ça va vite, puis on a du mal pour l'installation vu que ce sont souvent des milieux un peu précaires. Quand c'est chez les Roms, souvent, on les met dans notre camion. Mais quand on est dans les appartements des Comoriennes et tout, on fait ça à la maison donc c'est un peu rock and roll.

Le tout dernier que j'ai fait, c'était une jeune de 18 ans dans un hôtel. Grossesse non connue. J'ai dit « mais vous ne saviez pas que vous étiez enceinte ? » Elle a répondu « si, si, ça fait 1 semaine que je le sais. » « Et vos parents, ils sont au courant ? » « Non, pas encore, je vais leur dire. » Elle était avec son copain, copain qui fait le malaise. On arrive, elle pousse, le bébé sort hyper rapidement, on n'est pas forcément prêt à l'accueillir. Cinétique assez rapide.

Après sur la prise en charge de la maman, on a de la chance, en préhospitalier c'est quand même rare les accouchements qui ne se passent pas bien. Sauf si le bébé n'est pas bien positionné. Mais ça, on ne le sait pas à l'avance. Et puis, pour la gestion, je n'ai jamais fait d'hémorragie du post-partum en intervention. Mais j'ai des collègues à qui s'est arrivé et ça, ça se gère plutôt bien. Le vrai problème est de ne pas savoir où on en est dans la grossesse.

Par exemple, j'ai fait une Rom. On arrive, un petit ventre, on essaie de comprendre avec elle. On ne savait pas si c'était 5 mois de grossesse ou 5^{ème} grossesse. Vu son physique, j'ai pensé que c'était plutôt 5 mois.

Je me souviens d'une intervention difficile aussi. On rentre à Plombière d'une intervention très chaude déjà. Et j'entends, quand on rentre dans la caserne, qu'il y a un VSAV en transport qui demande une AR pour accouchement en cours. On s'est dit « c'est bon, c'est pour nous ». C'était boulevard national. Du coup, on va au standard, et le chef d'agrès dit « accouchement réalisé, bébé en arrêt, je confirme l'AR. » Du coup, je commence à transpirer. En roulant, on se disait « donc, attends, on arrive, on va clamber, on coupe le cordon, qu'est-ce qu'on fait : la réa du nouveau-né → le médecin dit « tu le prends dans l'AR avec toi et moi je vais voir la maman » (parce que la maman n'allait pas bien en plus) ». En arrivant, j'ai fait la réa avec massage cardiaque et tout. En plus, j'ai eu un problème technique, je n'arrivais pas à mettre le cathéter ombilical. Le bébé avait la tête un peu déformée. Le secouriste avec moi était en transe. Mais bon, ça s'est plutôt bien passé. Et après l'AR pédiatrique est arrivée.

Et après il y a eu la suite. On était à Conception, 1^{ère} constatation par le gynéco, faire venir le réa pédia pour faire la constatation sur le nouveau-né → c'était un bébé mort-né. Il était mort in utero mais, physiquement, il n'était pas trop abîmé, il avait juste une bosse séro-sanguine.

En plus, la dame nous avait dit « j'ai fait une écho il y a 3 jours, il était vivant » et après son mari la battait → donc doute, si elle n'avait pas pris un coup sur le ventre ... Donc enquête de police ..., la totale.

C'était chaud déjà à gérer pour nous et en plus il y a la famille qui se ramène. Comment on fait ? Il est mort, pas mort de suite, il est né mort ? Il faut demander la police du coup car soit on fait une autopsie médicale, soit on fait une autopsie judiciaire. C'était compliqué.

Une autre fois, j'ai eu une petite frayeur. On fait une comorienne, pareil 22-23 ans, 12^{ème} grossesse (je caricature). Déjà, quand on l'installe, on était déjà installé dans une chambre et au fur et à mesure, tu avais des têtes qui sortaient des autres gamins qui dormaient dans le même lit. Elle pousse, le bébé sort, ça se passe bien et le temps que le médecin fasse la régulation, je mets la voie à la maman, on la surveille et à un moment donné, elle a un effort de toux et là du sang qui gicle de partout. Et en fait, c'était juste le placenta qui s'était décollé, le sang a dû s'accumuler dans le vagin et quand elle a toussé on a cru à une hémorragie mais non. »

2. Avez-vous des craintes (angoisses, appréhensions, peurs) vis-à-vis de ces interventions plus marquées que pour d'autres interventions ? Et lors de ces interventions ?

« C'est anxiogène !

Il y a toujours une crainte vis-à-vis de ces interventions et pendant ces interventions → les 2, c'est clair. Beaucoup d'appréhension.

Facteur stress parce que ce sont des choses qu'on fait peu, on ne sait jamais trop comment ça va se passer parce qu'on n'a pas forcément tout bien cadré avant que l'accouchement se fasse. Et puis s'organiser avec l'équipe, l'accueil du nouveau-né en même temps, en parallèle, il y a pas mal de gestes à faire dans un délai très court. Donc, oui, c'est stressant. »

3. La présence d'un médecin sur l'intervention vous rassure-t-elle ?

« Oui, ça me rassure parce qu'on est plusieurs. Oui, c'est rassurant, même si le médecin souvent est dans le même état que moi. Il y a très peu de médecins qui ont une grosse habitude des accouchements. En fait on est 2 à transpirer. »

4. Avez-vous des enfants ? Ces situations font-elles appel à votre histoire personnelle ?

« Oui.

Non pas vraiment, parce que hormis l'appréhension de travailler sur des enfants, et cela va au-delà des accouchements, qui s'est levée avec le temps puis avec la formation justement : j'appréhende moins les enfants maintenant.

Pour mes histoires perso, ça s'est fait en structure et ça s'est bien passé.

Par contre, si tu as un collègue pour qui dans son histoire perso, ça s'est mal passé ou pas très bien passé, peut-être que ça peut encore plus être stressant. »

Propositions d'évolution (interventions) : Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge lors de ces interventions ?

- Il faudrait qu'un des équipiers lise à voix haute une checklist comme dans les avions. Mais bien sûr, il faut au moins avoir vu les manœuvres une fois en formation initiale et/ou même en salle de travail. Le problème, c'est qu'en salle de travail il y a des étudiants tout le temps que ce soit des internes, des sages-femmes, ...

Mais après, nous, on a ça dans l'autre sens aussi : à Marseille, on a énormément de stagiaires et au bout d'un moment c'est un peu usant pour l'équipe parce que, tous les jours, tu as un stagiaire que tu dois reformer, il faut faire attention, il faut lui faire préparer des choses. Et des fois, tu es un peu fatigué, et tout, et tu n'as pas envie de prendre le temps.

- On n'a pas de sac de recueil au bataillon. On a un kit accouchement avec plein de trucs dedans, on n'a pas ça, on n'a même pas de surblouse. On n'a pas de masque. C'est super, les poches de recueil. Dans l'idéal, il en faut 2 : une pour l'accouchement et une pour les saignements.
- Et puis après, ce qui nous manque vraiment, c'est un vrai dossier médical. Si on avait la traçabilité du suivi de la grossesse, ce serait déjà moins stressant. Parce que, des fois, on ne sait même pas le terme, on ne sait pas si ça va être un 500g ou un 1500g ou 2kg. C'est hyper stressant ça. On a encore plus la surprise au moment de l'expulsion : comment il est ? Est-ce qu'il est vivant, pas vivant ? ... Du coup, ça, c'est stressant. »

Annexe 12

Pré-enquête exploratoire : grille d'analyse des résultats

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Baptiste</p> <p>38 ans</p> <p>Sergent-chef, chef d'agrès sapeur-pompier du centre de secours de Vitrolles</p>	<p>1. Pas de formation initiale.</p> <p>Pas de formation continue (pas de formation de maintien des acquis).</p> <p>Notions abordées avec les médecins des VLM.</p> <p>Et notions revues en tant que moniteur des cadres sapeur-pompiers.</p> <p>2. Pas de formation sur l'accompagnement.</p>	<p>1. Plusieurs accouchements réalisés qui se sont bien passés sauf le dernier il y a 4 ans → prématuré 7 mois en arrêt cardio-respiratoire ; réanimation nouveau-né avec arrivée VLM au bout de 20 min et renfort AR pédiatrique. Timone ensuite ; nouveau-né sauvé au bout d'1h de réanimation et transfert en couveuse. (Gestes « réflexes » réalisés.) La maman allait bien.</p> <p>2. Plus de craintes pour toutes les interventions concernant des enfants.</p> <p>3. Présence du médecin rassure.</p> <p>4. A des enfants. Le fait d'avoir vu comment se passait un accouchement l'a aidé.</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiches récapitulatives. - Formation complémentaire au niveau des chefs d'agrès portant sur les complications possibles (notamment sur les prématurés) avec des idées de prise en charge en attendant le SMUR. - Inclure des notions pour savoir accompagner la parturiente et la famille. <p><u>Interventions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme ou autre personne d'astreinte 24h/24 dans le département (avec ou sans véhicule, basée centralement) afin de donner des conseils, orienter, guider. - Soutien psychologique pour les équipes après chaque intervention difficile.

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Jean-Charles 56 ans Médecin de classe exceptionnelle du SDIS 13</p>	<p>1. Demande de participation à des accouchements en double en 5^{ème} année de médecine, en plus de sa formation qui n'en proposait pas. Formation théorique CAMU. Formation d'enseignement post-universitaire (2 ou 3). → Demande de formation continue pratique au pôle RUSH : projet abandonné pour la partie obstétrique, refus du service d'obstétrique.</p> <p>2. Pas de formation sur l'accompagnement.</p> <p>3. Pas de difficultés rencontrées lors des formations.</p>	<p>1. Aucun accouchement réalisé.</p> <p>2. Crainte et stress dès qu'on appelle pour femmes en couche surtout dus à la technique et à l'éloignement. Stress au maximum pour le « <i>tout petit</i> » et l'accouchement (« on n'en fait pas suffisamment pour être bon »).</p> <p>3. A des enfants.</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'obstétrique et la pédiatrie (notamment les accouchements) devraient faire partie des choix obligatoires des études de médecine. - Sessions de formation continue post-universitaire pratique en obstétrique pour les spécialités ayant des circuits d'urgence en préhospitalier avec des sages-femmes, en plus de la théorie. - Session de formation continue pratique, régulièrement, en service d'obstétrique et de néonatalogie pour les médecins urgentistes. - Tutoriels à accès fermé délivrés par des enseignants ou réservés à certains circuits préhospitaliers SAMU/SMUR, urgences présentant les gestes à faire et ne pas faire ...

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Louis 30 ans Médecin capitaine du bataillon de marins-pompiers de Marseille</p>	<p>1. Formation théorique en cursus urgentiste : accouchement eutocique, dystocique, complications autour de la grossesse. Pratique : stage en tant qu'externe puis 2j consacrés à l'obstétrique en cursus urgentiste (rappel théorie + pratique). Pompier : formation initiale SMUR : cas pratiques adaptés au préhospitalier et journées à thèmes. Formations par sages-femmes et urgentistes. Aucune formation sur « l'après » : pas de simulation (seulement théorie réa).</p> <p>2. Pas de formation sur l'accompagnement.</p> <p>3. Pas de difficultés rencontrées lors des formations : pratique simple, binaire, adaptée au préhospitalier.</p>	<p>1. Beaucoup de départs pour femmes en couche (métrorragies, faux travail) et plusieurs accouchements. Peu de difficultés rencontrées mais toujours une appréhension « comment ça va se passer ? » → 2 patients potentiels. Interventions peu fréquentes : moins à l'aise, mais plus précautionneux. Appréhension sur la délivrance, peu à l'aise : risque saignements, manque d'habitude pour l'examen du placenta. En préhospitalier, difficultés pour décider : sur place ou on part ?</p> <p>2. Des craintes pour les départs pour femmes en couche (hyper stressants) surtout par manque d'expérience.</p> <p>3. A un enfant : il y a un avant et un après → moins de stress depuis.</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation continue avec répétition des manœuvres régulièrement : sur mannequin avec simulation et passage en maternité si possible. - Ajouter une formation continue sur la prise en charge du nouveau-né (simulation avec réanimation). - Ajouter un stage en obstétrique dans le cursus des urgentistes (3 ou 6 mois avec des sages-femmes). - Formation de maintien des acquis sur ces compétences là tous les 3 à 6 mois. - Sages-femmes volontaires qui viendraient faire des formations par groupes + sage-femme référente à suivre sur 3-4-5 gardes - Avoir un référent sur le côté obstétrique chez les pompiers.

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Raphaël 37 ans Sergent-chef, chef d'agrès sapeur-pompier du centre de secours de Roquevaire</p>	<p>1. Formation sur les gestes à faire sur les nouveau-nés et rien sur l'accouchement.</p> <p>Puis par expérience personnelle (naissance de ses filles) et à travers l'expérience de ses interventions.</p> <p>2. Pas de formation sur l'accompagnement.</p> <p>3. Pas de difficultés rencontrées lors des formations.</p>	<p>1. 3 accouchements dont 1 en tant que chef d'agrès en octobre 2018.</p> <p>Pas de difficultés dans la prise en charge de la mère et du nouveau-né mais plus de difficultés dans la prise en charge de l'équipe qui ne sait pas où se positionner.</p> <p>2. Craintes et angoisses que ça se passe mal (ne sachant pas quoi faire), et le fait de ne pas forcément savoir si ça se passe mal.</p> <p>3. Présence du médecin rassure mais il faut rester aider : les médecins ont besoin d'aide psychologiquement.</p> <p>4. A des enfants. Aide pour se rappeler des questions à poser et pour s'occuper du nouveau-né.</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation pratique sur les gestes d'urgences pour les cas les plus courants avec une sage-femme. <p><u>Interventions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme ou autre personne joignable par téléphone capable de communiquer de façon simple et clair avec les pompiers. - Faire un débriefing systématique après les interventions.

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Laure 54 ans Infirmière d'encadrement des sapeurs-pompiers du SDIS 13</p>	<p>1. Etudes infirmière : théorie obstétricale avec explication de l'accouchement qui se passe bien. Puis stage de 4 jours à la Conception mais les sages-femmes n'ont pas voulu répondre à ses questions. Formation pompier sur l'accouchement inopiné où tout va bien avec présentation du kit. Pas de pratique. Maintenant, courte formation pédiatrique pour médecins et infirmiers sur le juste né : avec ou sans cri à la naissance.</p> <p>2. Pas de formation sur l'accompagnement.</p> <p>3. Pas de difficultés rencontrées lors des formations.</p>	<p>1. Plusieurs accouchements dont 1 seule (le dernier en novembre 2013) → difficultés du fait que la petite n'a pas crié de suite à la naissance (sidération du nouveau-né), du fait de la promiscuité du véhicule et de l'absence du médecin pour l'aider.</p> <p>2. Stress débute au moment de comprendre que l'accouchement va se faire. Il vient du manque de pratique (manque de formation et manque d'habitude) et du fait que cela touche un « <i>tout petit</i> ».</p> <p>3. Présence du médecin rassure. La pression et le stress retombent.</p> <p>4. A des enfants. Aide pour prendre la décision de transporter → relativise.</p>	<p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation pratique sur l'accouchement physiologique et pathologique avec une sage-femme (réflexes à avoir, bons gestes). - Refaire de temps en temps cette formation sur l'accouchement. - Stage 1 ou 2 jours en maternité pour le personnel médical pour voir des accouchements et poser les bonnes questions. <p><u>Interventions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme ou autre personne joignable par téléphone avant que les renforts arrivent, pour aider.

Présentation	Formation	Interventions	Propositions d'évolution
<p>Léo 41 ans Infirmier en soins généraux du bataillon de marins-pompiers de Marseille</p>	<p>1. Formation initiale d'infirmier. Puis formation continue au travers de journées thématiques ou à l'ENSOSP (formation pratique accouchement inopiné et périnatalité : prise en charge nouveau-né et gestes de réanimation) avec sages-femmes et pédiatres. 2. Pas de formation sur l'accompagnement. 3. Pas de difficultés rencontrées lors des formations.</p>	<p>1. Plusieurs accouchements réalisés. Beaucoup de problèmes de communication, milieux précaires. AR pédiatrique si besoin. Difficultés techniques et de gestion de l'équipe, du stress. Possibilité d'appeler une sage-femme pour des conseils mais uniquement la journée. 2. Les départs pour femmes en couche : anxiogènes. Beaucoup d'appréhension. Facteur stress : peu d'accouchement, pas le temps de tout cadrer (organisation de l'équipe) avant l'accouchement souvent rapide. 3. Présence du médecin rassure. « On est plusieurs. » 4. A des enfants.</p>	<p><u>Formation :</u> - Formation initiale pratique pour tous les pompiers sur l'accouchement inopiné et la prise en charge du nouveau-né. - Formation continue répétée : répétition des manœuvres sur bassin, retenir les grands principes.</p> <p><u>Interventions :</u> - Créer une checklist avec les différentes situations pouvant être rencontrées et rappel des manœuvres. - Avoir 1 ou 2 sacs de recueil dans le kit accouchement et si possible une surblouse.</p>

Annexe 13

Questionnaire

Prise en charge des accouchements inopinés par les pompiers des Bouches-du-Rhône

Je suis étudiante sage-femme à Marseille en 4^{ème} année. Mon mémoire de fin d'étude concerne les départs pour "femme en couche" et la prise en charge des accouchements inopinés extrahospitaliers. Ce questionnaire est anonyme et ne prendra que 5 minutes. Je vous remercie pour votre participation. Si vous avez des questions vous pouvez me contacter sur aiehpompiers@gmail.com.

Présentation

1. Quelle est votre fonction chez les pompiers ?

- Médecin urgentiste
- Infirmier
- Chef d'agrès
- Equipier VSAV

2. Dans quel centre de secours ou service médical travaillez-vous ?

.....

3. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

4. Quel est votre âge ?

5. Quelle est votre ancienneté au sein des pompiers ?

	< 5 ans	5 à 10 ans	> 10 ans
En tant que médecin urgentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tant qu'infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tant qu'équipier VSAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes chef d'agrès : en tant que chef d'agrès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en tant qu'équipier avant chef d'agrès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Formation

7. De quand date votre dernière formation en obstétrique ?

- < 1 ans
- 1 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- > 5 ans

8. Avez-vous été formé au soutien psychologique ?

	Oui	Non
Accompagnement de la mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagnement de l'entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagnement de l'équipe de pompiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Quel contenu de formation avez-vous reçu en obstétrique et en pédiatrie ?

** Plusieurs réponses possibles ; répondre à chaque ligne*

	Cours théorique(s) avec un moniteur de secourisme	Cours théorique(s) avec une sage-femme / un obstétricien	Lecture des recommandations relatives aux premiers secours en équipes	Notions abordées avec des pompiers plus expérimentés	Formation pratique	Aucune formation
Accouchement normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manœuvres si complications (cordon autour du cou, difficultés aux épaules, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie de la délivrance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge du nouveau-né qui va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge du nouveau-né avec gestes de réanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragies extériorisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres types d'intervention impliquant une femme enceinte (accident de la voie publique, intoxication, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventions

10. Avez-vous déjà été confronté à un départ pour "femme en couche" ?

- Oui
- Non

11. Si vous avez participé à un accouchement inopiné extrahospitalier, avez-vous :

	Oui	Non
Réalisé l'accouchement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pris en charge une naissance réalisée avant l'arrivée des secours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu des complications pendant l'accouchement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu des complications maternelles après l'accouchement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu des complications chez le nouveau-né après l'accouchement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Avez-vous rencontré des difficultés pendant ces interventions ?

* Plusieurs réponses possibles

- Problèmes de communication (dont barrière de la langue)
- Difficultés matérielles
- Eloignement (décision accouchement sur place ou transport)
- Difficulté dans la réalisation des gestes techniques
- Gestion de l'équipe
- Gestion de l'entourage
- Gestion du temps (rapidité du travail et de l'accouchement)
- Terrain d'intervention (lieu, installation patiente)
- Manque de connaissance théorique sur le sujet
- Aucune
- Autre :

13. Pendant votre garde, quel est votre niveau d'appréhension face au risque d'être appelé pour :

(APPREHENSION = envisager avec crainte, peur, inquiétude.)

		1	2	3	4	
une intervention impliquant une femme enceinte ?	Pas d'appréhension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Appréhension extrême
un éventuel accouchement ?	Pas d'appréhension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Appréhension extrême

14. Quel est votre niveau de stress :

- **au moment d'un départ pour "femme en couche" ?**

	1	2	3	4	
Stress identique aux autres interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress maximal

- **pendant la prise en charge d'une femme qui ne va pas accoucher ? (hémorragie extériorisée, fausse couche, accident de la voie publique ou intoxication, ...)**

	1	2	3	4	
Stress identique aux autres interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress maximal

- **pendant la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (pendant l'interrogatoire, le transport ou l'accouchement) ?**

	1	2	3	4	
Stress identique aux autres interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress maximal

- **pendant la prise en charge d'une mère ayant accouché avant votre arrivée et de son nouveau-né ?**

	1	2	3	4	
Stress identique aux autres interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress maximal

15. Si votre niveau de stress est supérieur aux autres interventions : pour quelle(s) raison(s) ?

** Plusieurs réponses possibles*

- Crainte de devoir prendre en charge une femme enceinte
- Crainte de devoir prendre en charge un accouchement
- Crainte de devoir prendre en charge un nouveau-né
- Crainte de la survenue de complications chez la mère ou le nouveau-né
- Par manque de formation théorique
- Par manque de formation pratique
- Par manque d'expérience, d'habitude
- Faible fréquence des interventions pour femme en couche
- Faible fréquence des accouchements
- Difficultés rencontrées en intervention : éloignement, technique, ... (citées plus haut)
- Autre :

16. Si vous avez des enfants : le fait d'être devenu parent a-t-il changé :

votre niveau d'appréhension ?

votre niveau de stress ?

- Oui
- Non

- Oui
- Non

Souhait d'amélioration

17. Auriez-vous des propositions de formation afin d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant ?

** Plusieurs réponses possibles*

- Sessions de formation continue théorique
- Sessions de formation continue pratique
- Formation complémentaire spécifique portant sur les complications possibles
- Formation sur l'accompagnement (mère, entourage, équipe)
- Tutoriels vidéo à accès fermé réservé aux professionnels
- Pour le personnel médical : suivre une sage-femme référente en maternité
- Création d'un poste de sage-femme pompier au sein du SMUR (référente dans le domaine de l'obstétrique)
- Autre :

18. Si vous souhaitez des sessions de formation continue : pensez-vous que la présence d'une sage-femme serait bénéfique ?

	Oui	Non
Formation théorique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation pratique (simulation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Auriez-vous des propositions pour les interventions afin d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant ?

** Plusieurs réponses possibles*

- Sage-femme au centre 15 pouvant être contactée lors des interventions
- Fiche récapitulative à mettre dans les VSAV et VLM : check-list avec différentes situations pouvant être rencontrées, rappel de manœuvres schématisées
- Ajout de sacs de recueil gradué quantifiant les pertes sanguines
- Ajout d'une surblouse et de lunettes de protection dans le kit accouchement
- Débriefing systématique après les interventions
- Soutien psychologique systématique pour les équipes après chaque intervention difficile
- Autre :

Annexe 15

Autorisation de diffusion des questionnaires au BMPM


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES ARMÉES

Marseille, le 4 mars 2019
N° 317 /BMPM/GSN/NP


MARINE
NATIONALE

**ARRONDISSEMENT MARITIME
MEDITERRANEE**
Bataillon de marins-pompiers de
Marseille
Groupement Santé

ORDRE CIRCONSTANCE MEDECIN CHEF

OBJET : Etude prise en charge des accouchements.
PIECE JOINTE : Fiche de recueil de données.

Une élève sage-femme, Mme Marion Fabbri, mènera au BMPM une étude concernant la prise en charge des femmes en couche par les équipes d'urgences préhospitalières (secouristes, infirmiers et médecins).
Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge, la formation, les difficultés rencontrées et de proposer des voies d'améliorations.

Un questionnaire destiné aux chefs d'agrés et équipiers secouristes a été développé pour recueillir les données.

Mme Fabbri prendra contact avec les commandants de Groupements Nord et Sud pour définir avec eux des modalités pratiques de diffusion et de recueil des questionnaires.

Le Docteur Julien Marmin assurera pour le groupement santé le suivi de l'enquête.

Le médecin en chef Frank Peduzzi
Médecin chef du bataillon de
marins-pompiers de Marseille



Ville de Marseille - Bataillon de marins-pompiers de Marseille - 9, boulevard de Strasbourg - 13233 Marseille CEDEX 20
maritimes.ngsnga@bnpm.gouv.fr

Annexe 16

Etude : fonction et lieu d'exercice des participants

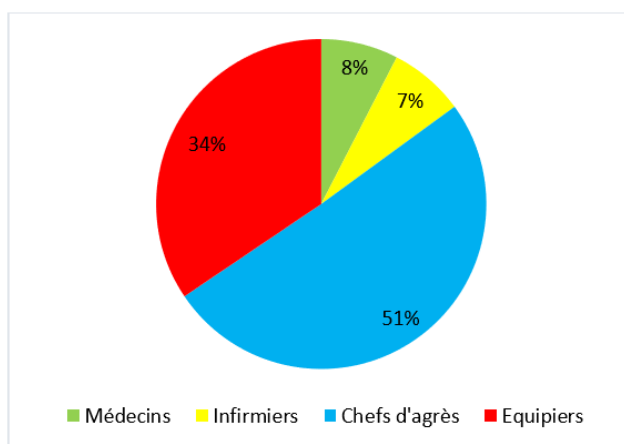
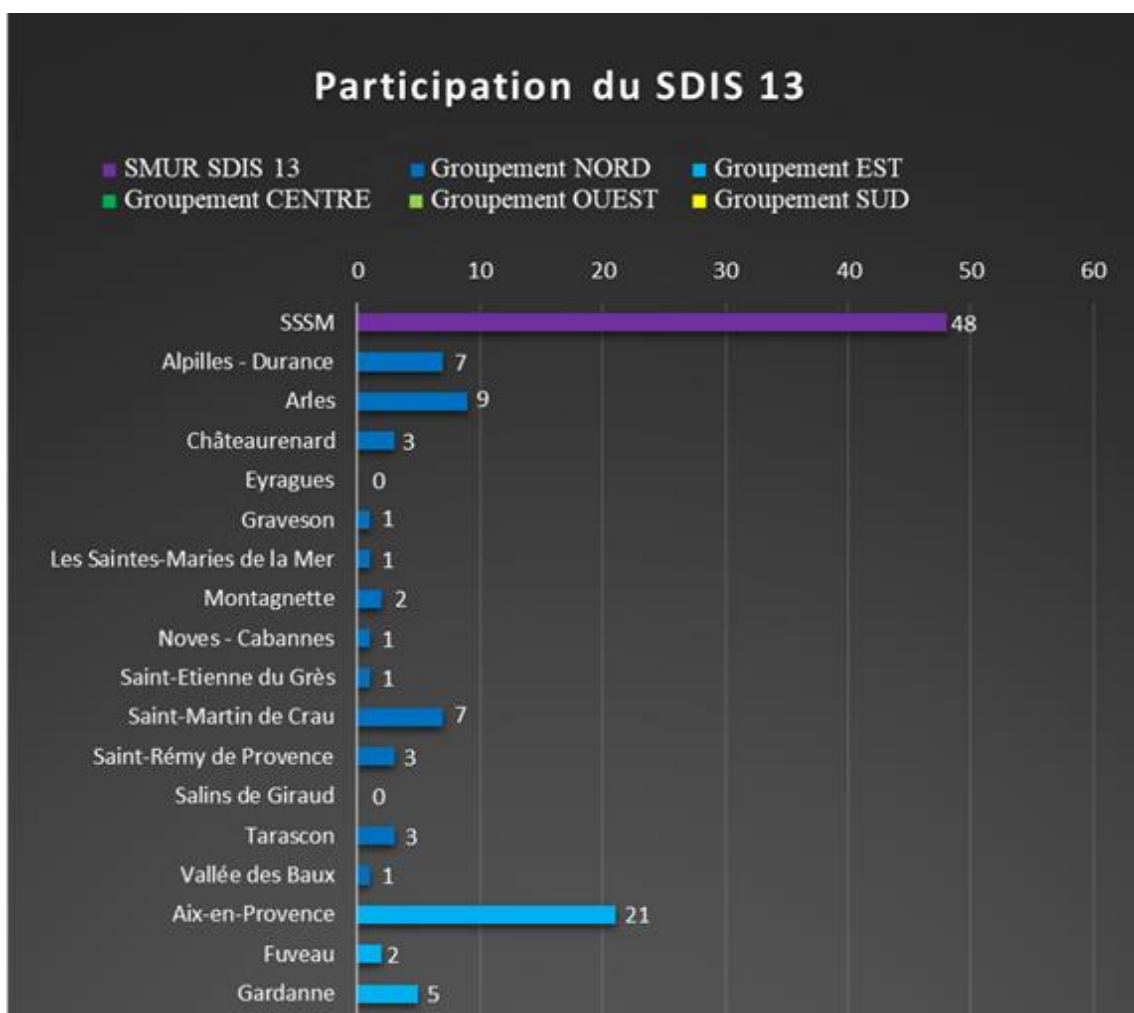


Figure 1 : Répartition des participants suivant leur fonction chez les pompiers



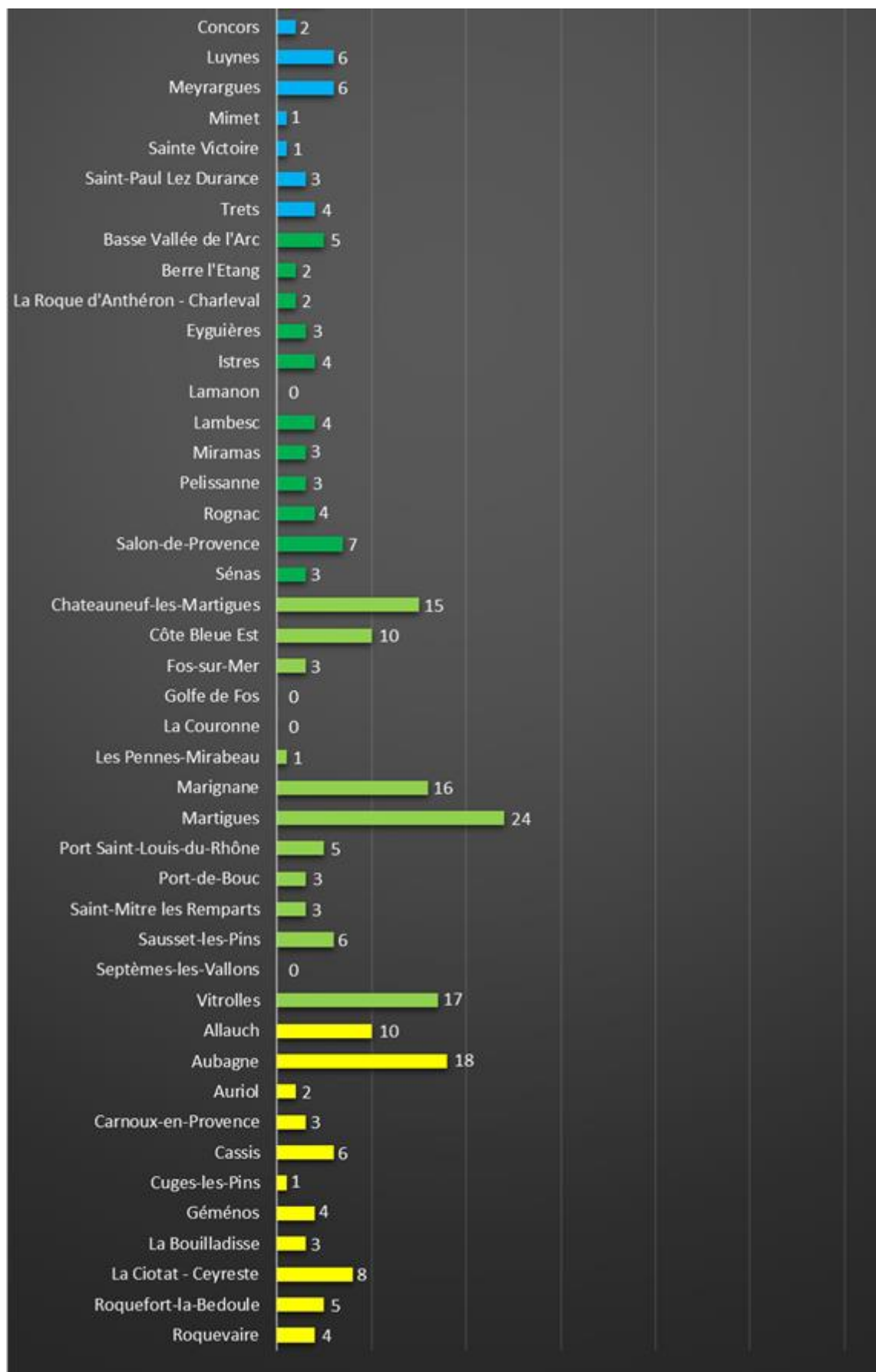


Figure 2 : Répartition des participants du SDIS 13 en fonction de leur CS

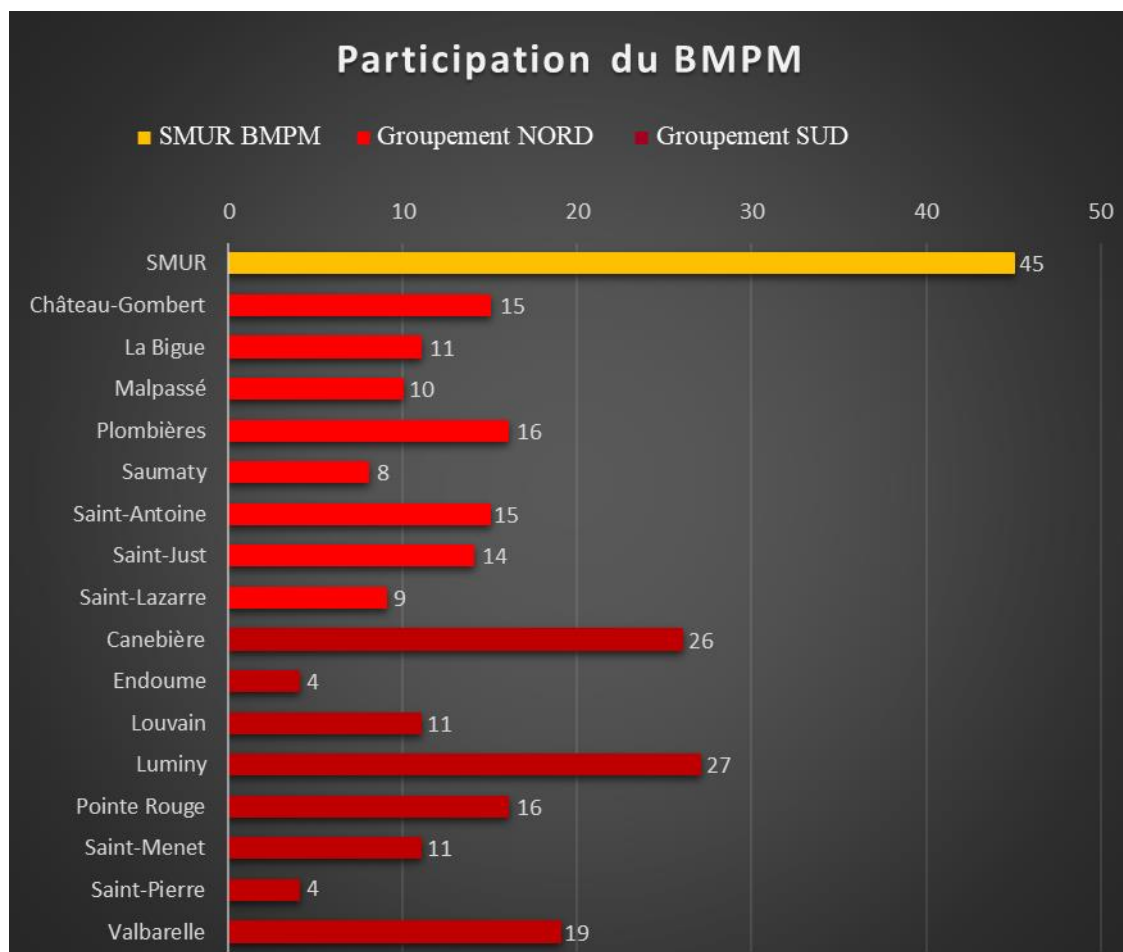


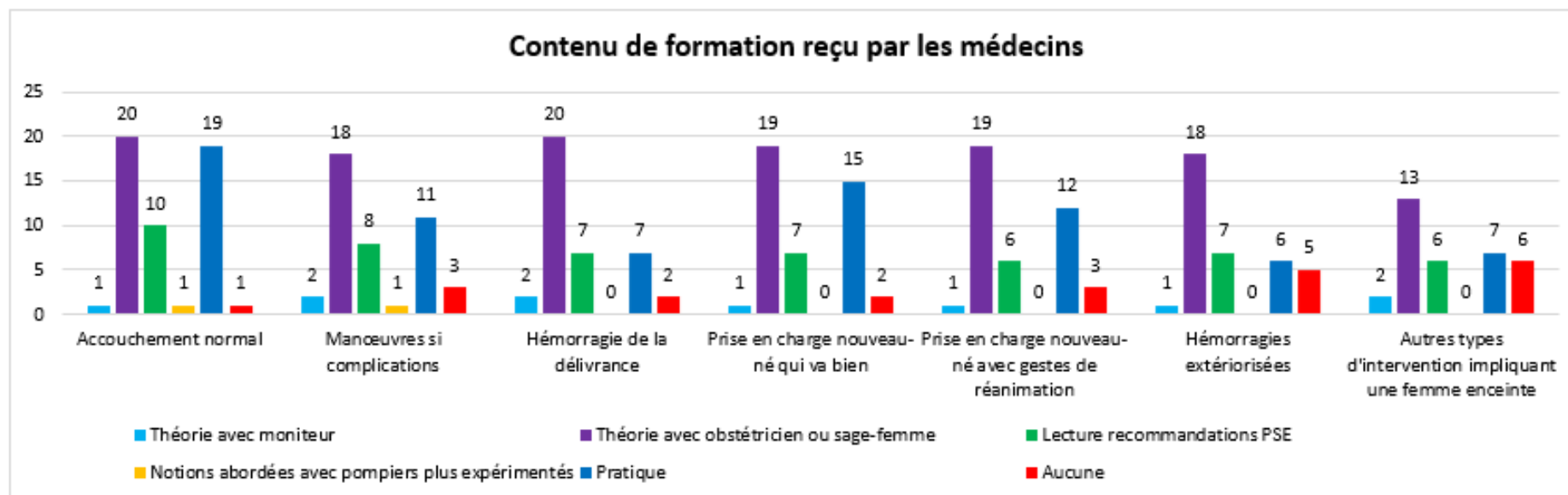
Figure 3 : Répartition des participants du BMPM en fonction de leur CIS

Annexe 17

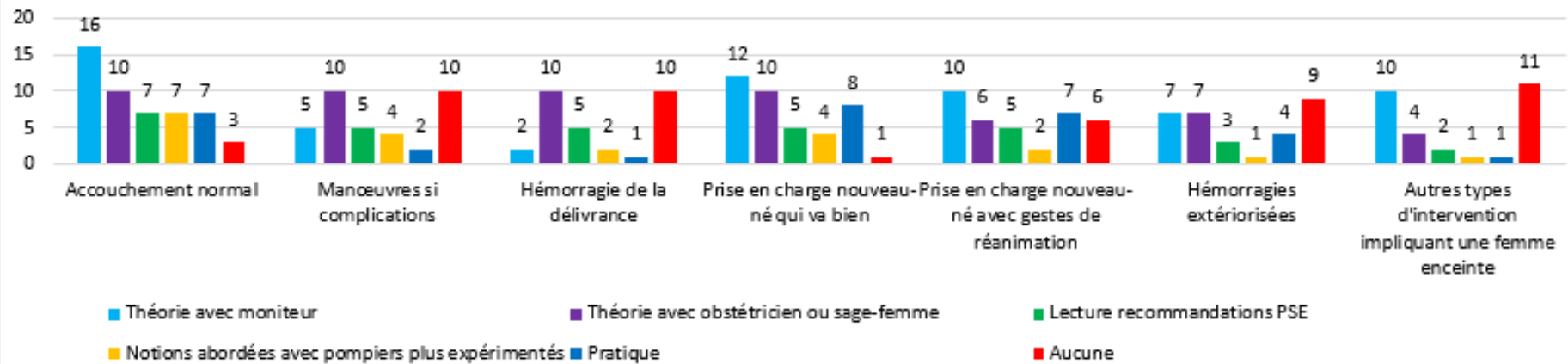
Etude : contenu de formation reçu en obstétrique et pédiatrie

1. Au Service Départemental d'Incendie et de Secours du département des Bouches-du-Rhône

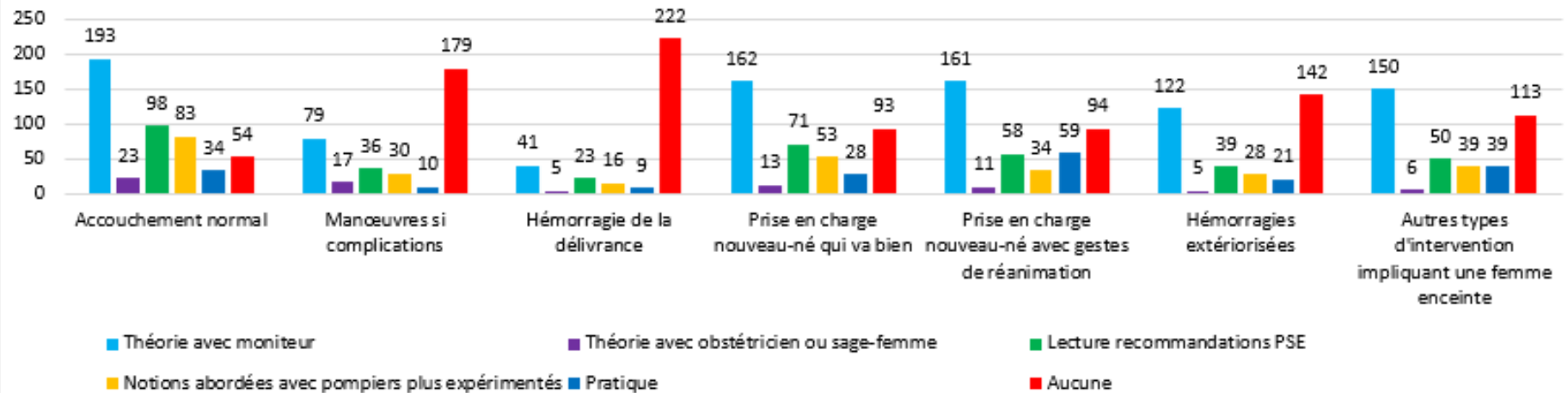
a. Contenu de formation reçu par les sapeurs-pompiers suivant leur fonction



Contenu de formation reçu par les infirmiers



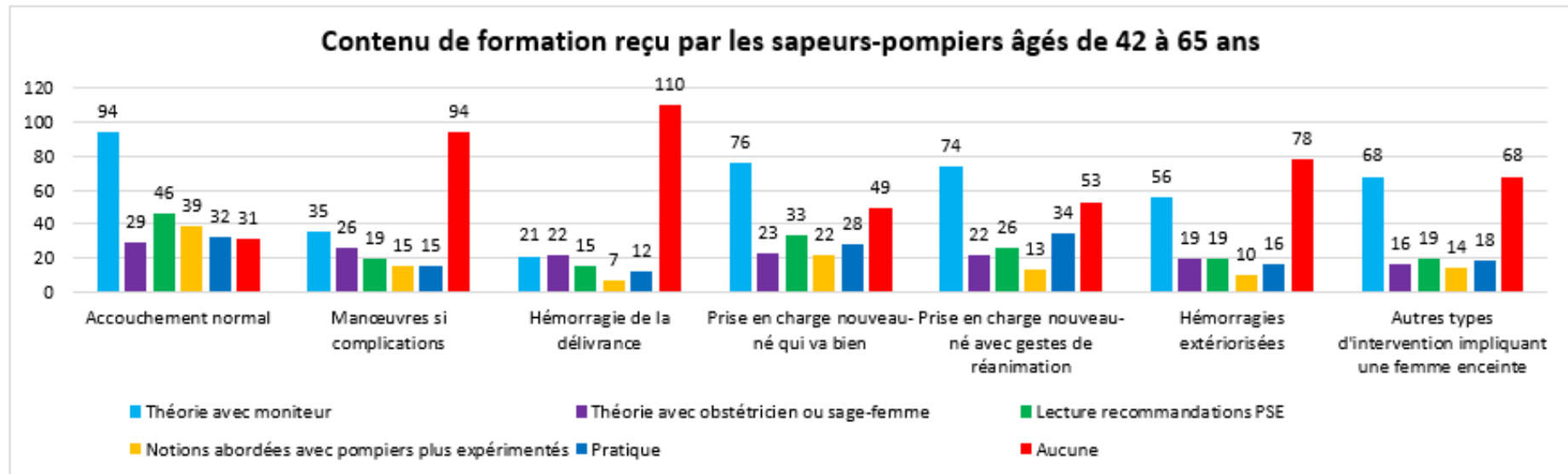
Contenu de formation reçu par les chefs d'agrès et équipiers VSAV



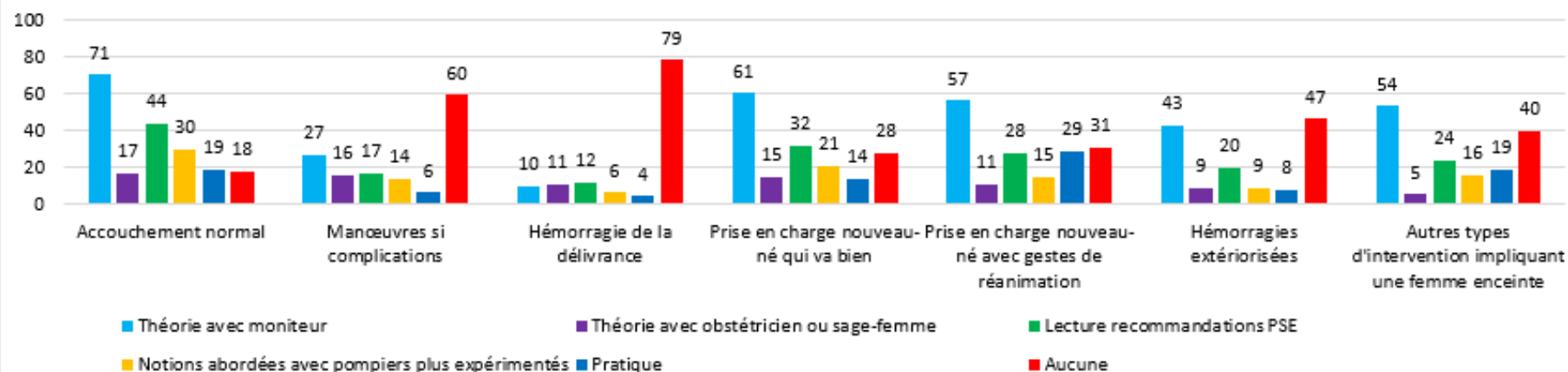
b. Contenu de formation reçu par les sapeurs-pompiers suivant leur âge

Les tranches d'âge choisies dépendent de la formation initiale reçue par le secouriste et donc du diplôme obtenu :

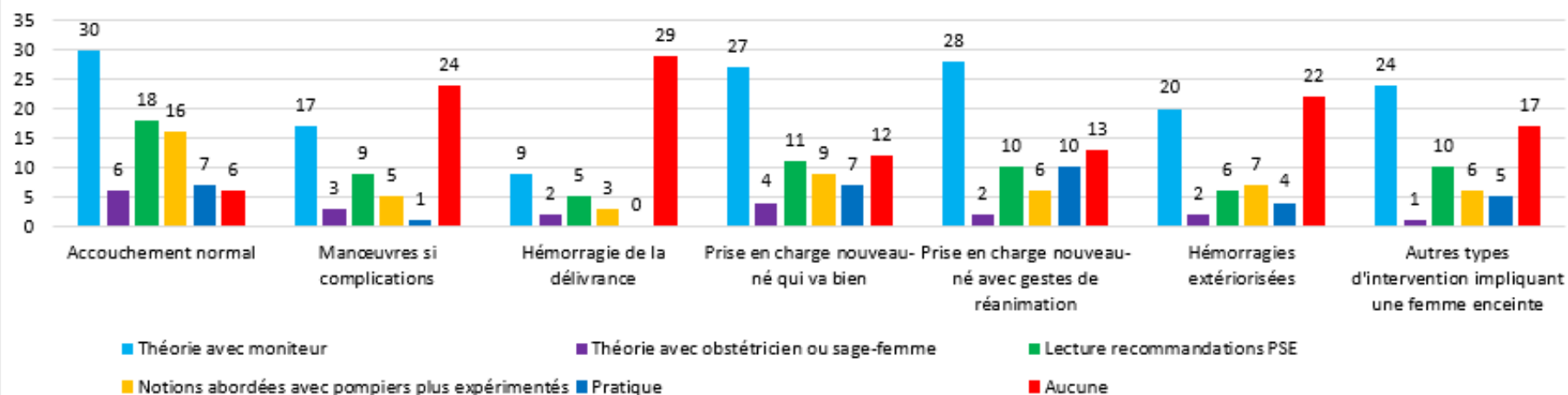
- Jusqu'en 1991 : BNS* (Brevet National de Secourisme).
- De 1991 à 2007 : CFAPSE* (Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Equipe).
- De 2007 à 2014 : PSE2 (Premier Secours en Equipe niveau 2).
- De 2014 à 2018 : PSE2, 2^{ème} version.



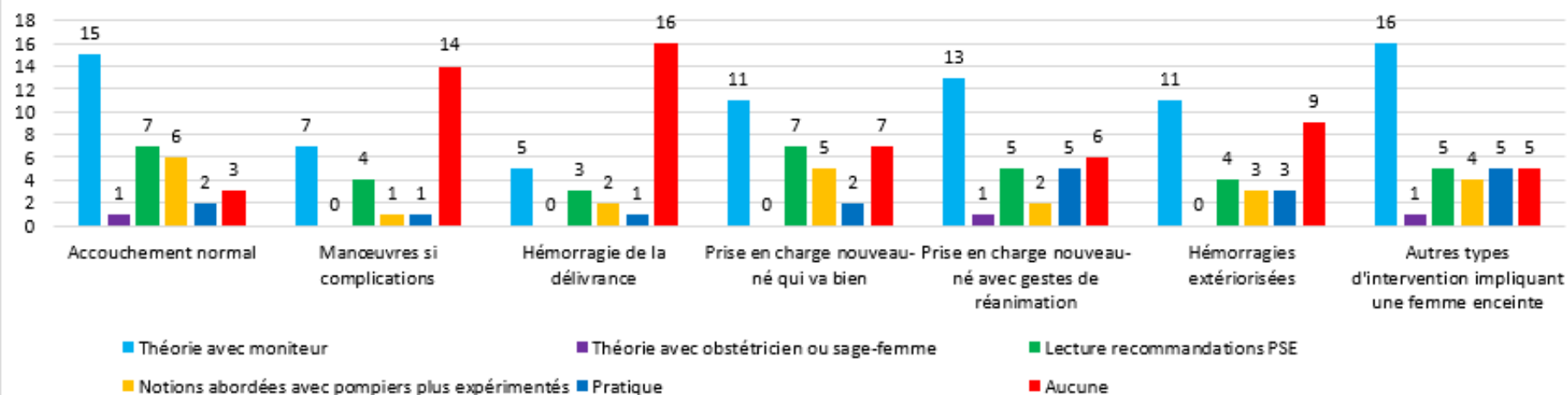
Contenu de formation reçu par les sapeurs-pompiers âgés de 31 à 41 ans



Contenu de formation reçu par les sapeurs-pompiers âgés de 24 à 30 ans

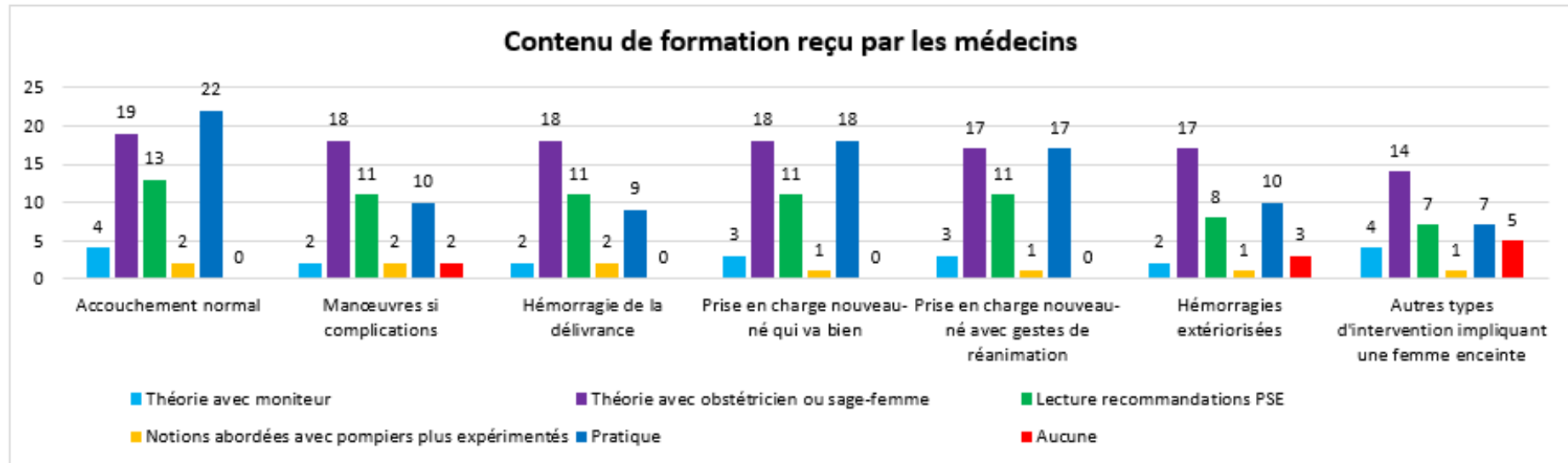


Contenu de formation reçu par les sapeurs-pompiers âgés de 18 à 23 ans

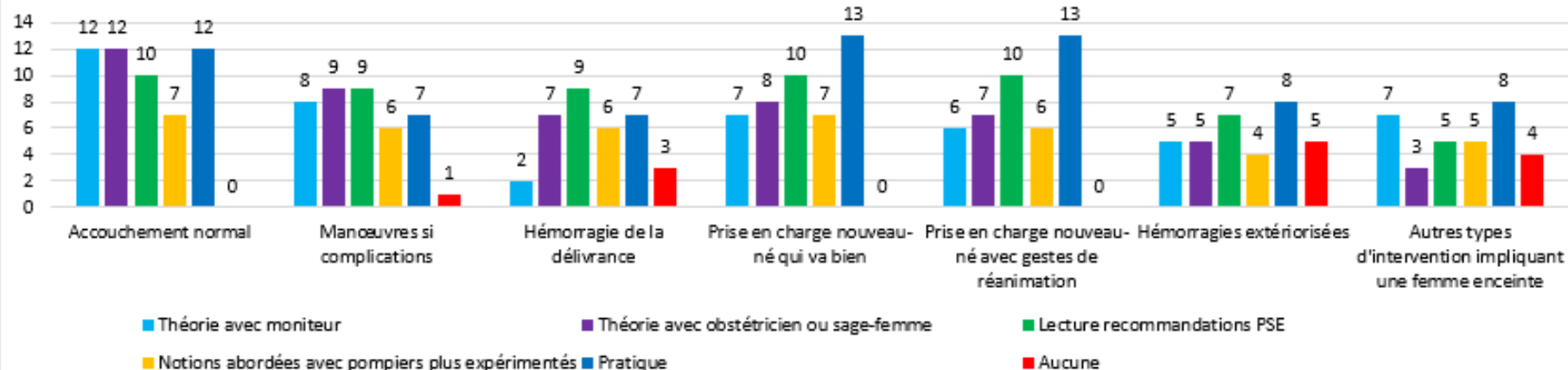


2. Au Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille

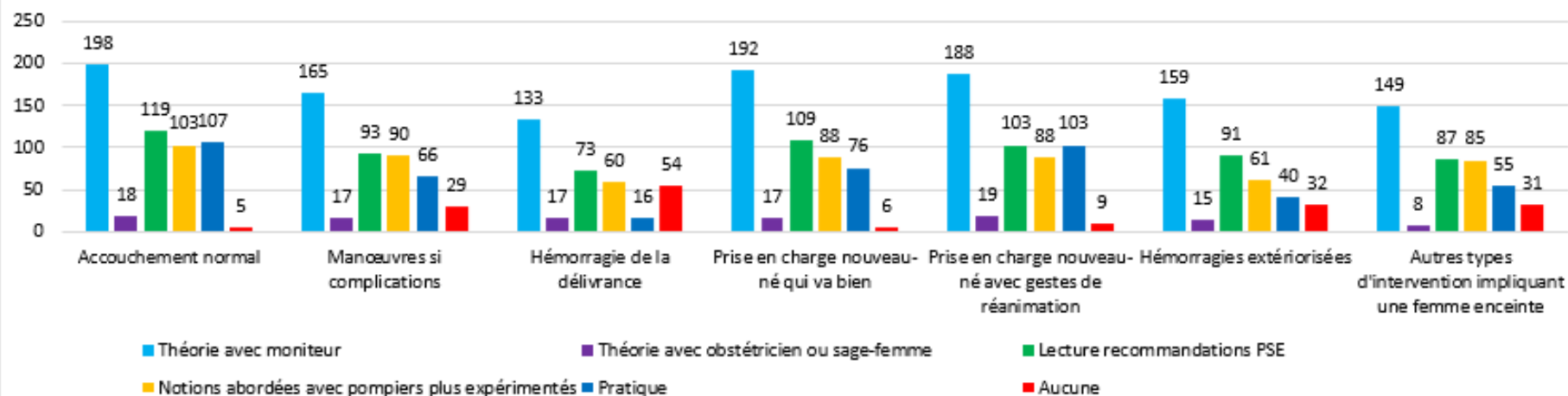
a. Contenu de formation reçu par les marins-pompiers suivant leur fonction



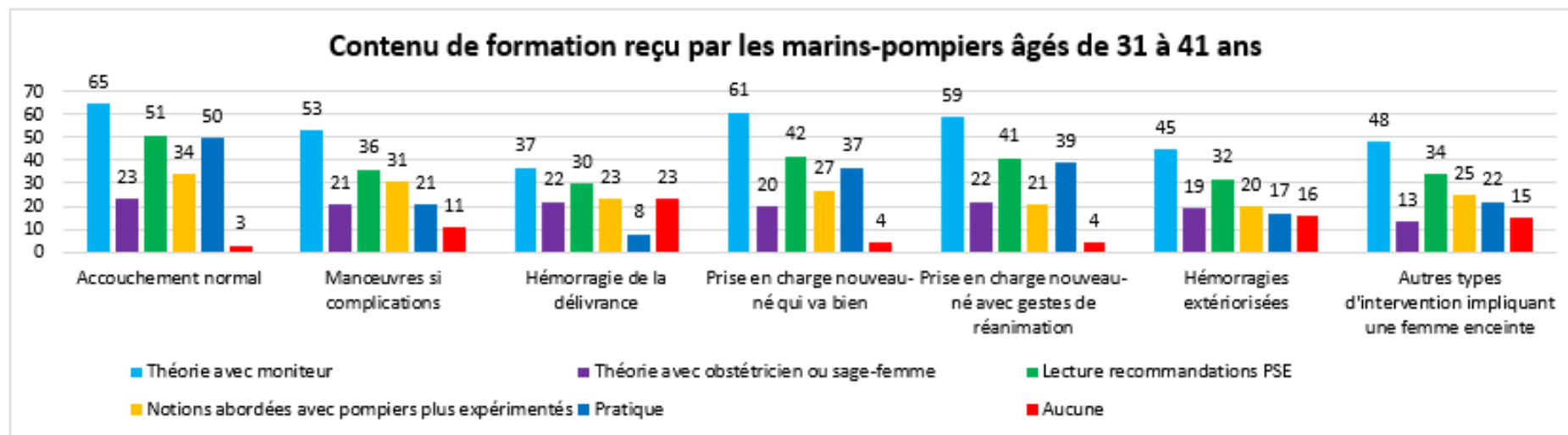
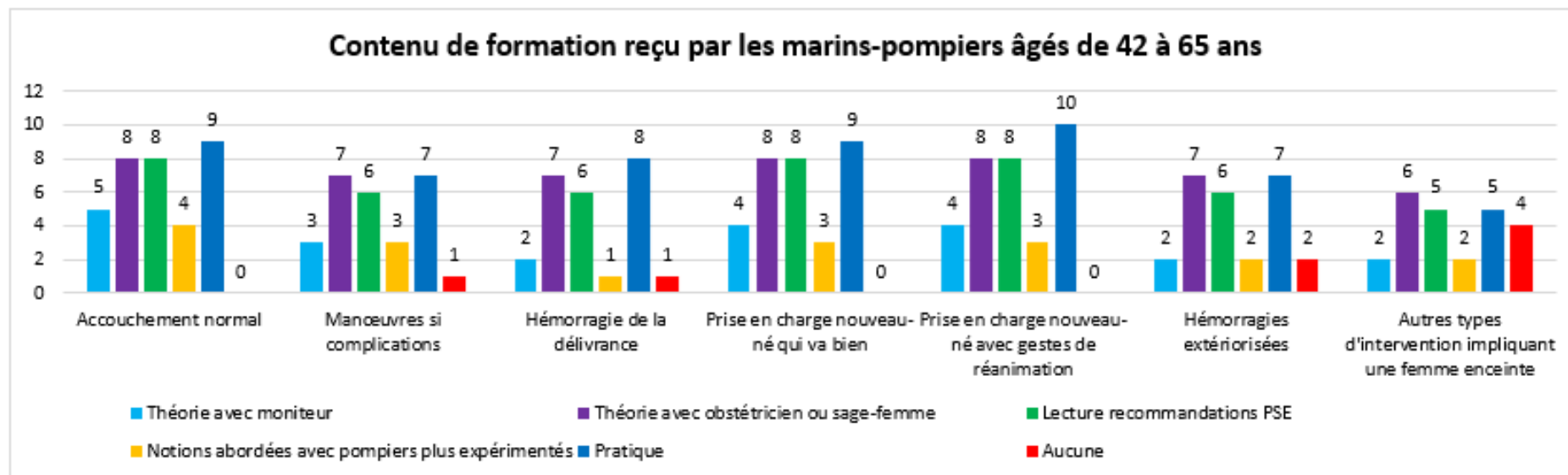
Contenu de formation reçu par les infirmiers



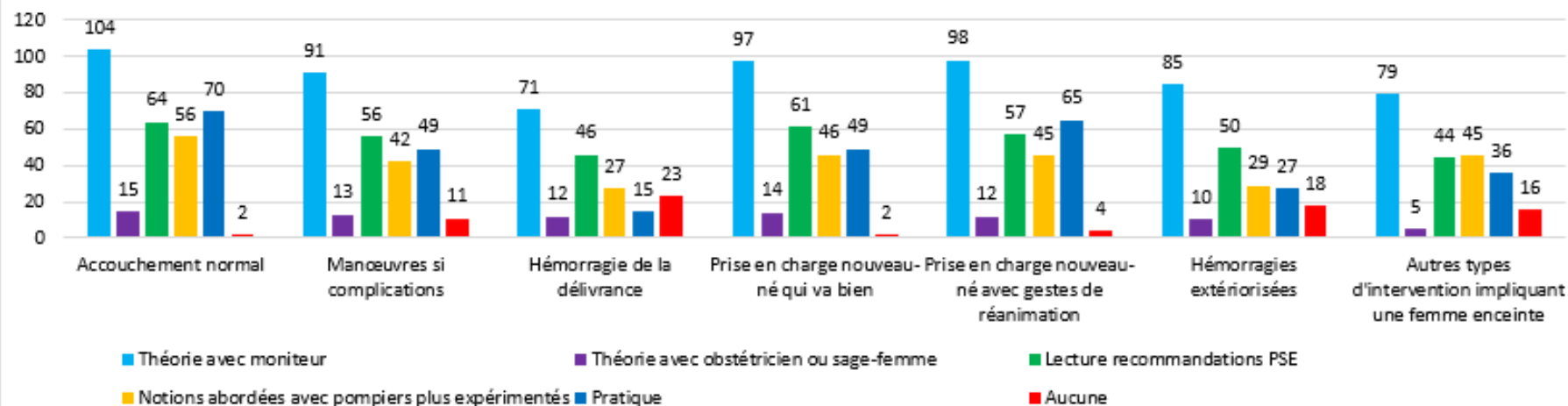
Contenu de formation reçu par les chefs d'agrès et équipiers VSAV



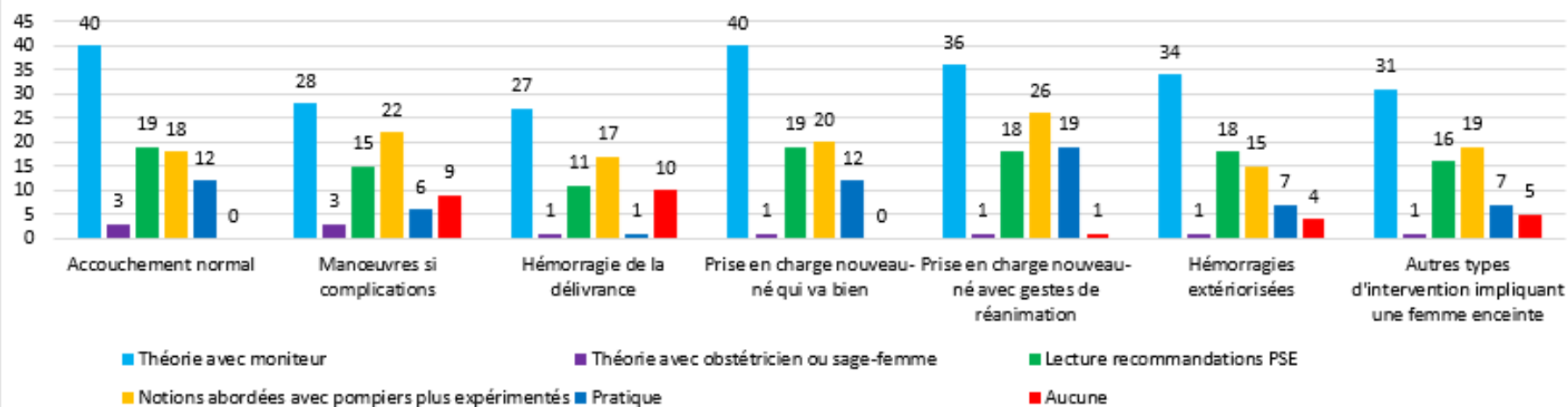
b. Contenu de formation reçu par les marins-pompiers suivant leur âge



Contenu de formation reçu par les marins-pompiers âgés de 24 à 30 ans

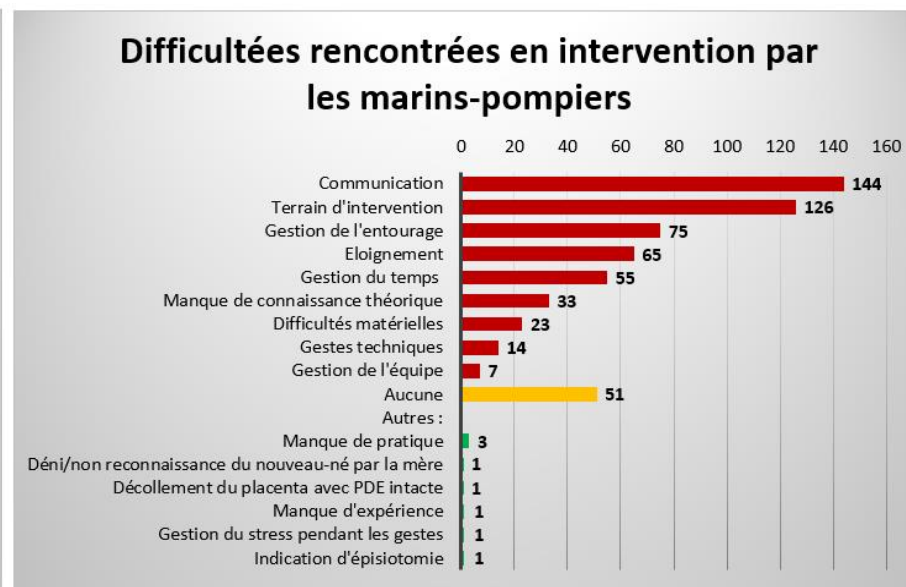
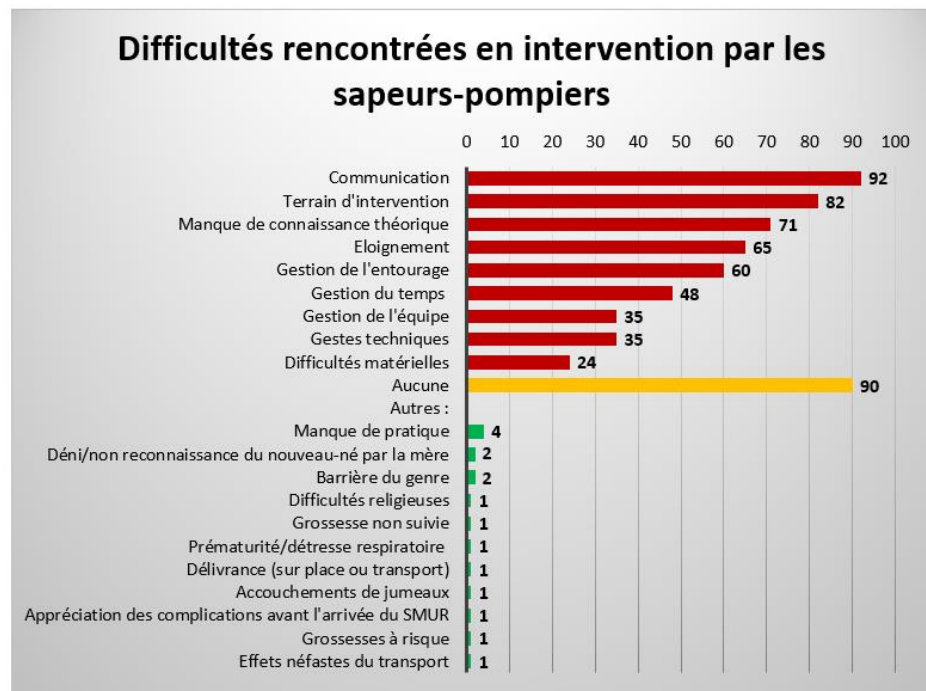


Contenu de formation reçu par les marins-pompiers âgés de 18 à 23 ans



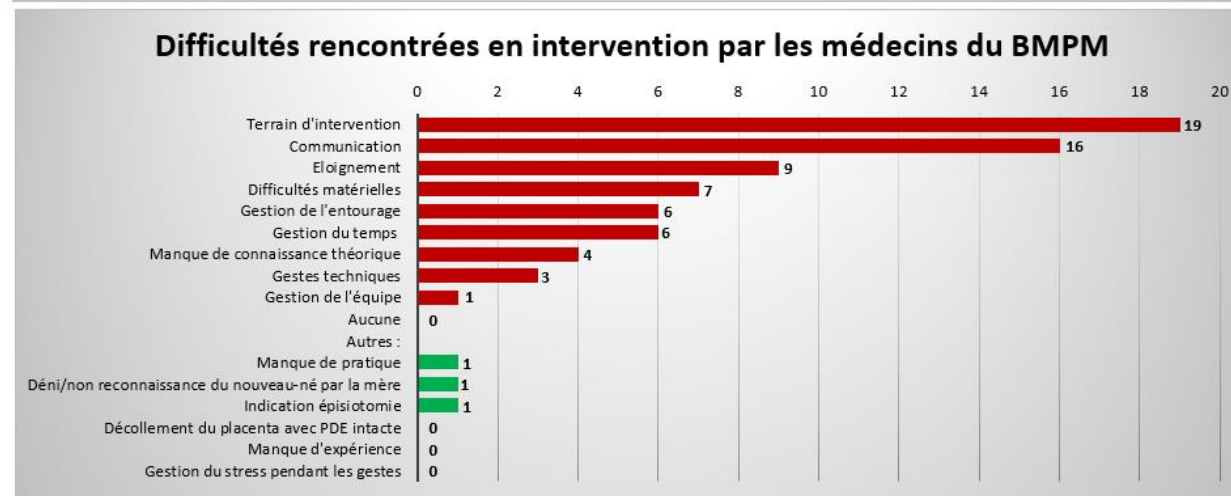
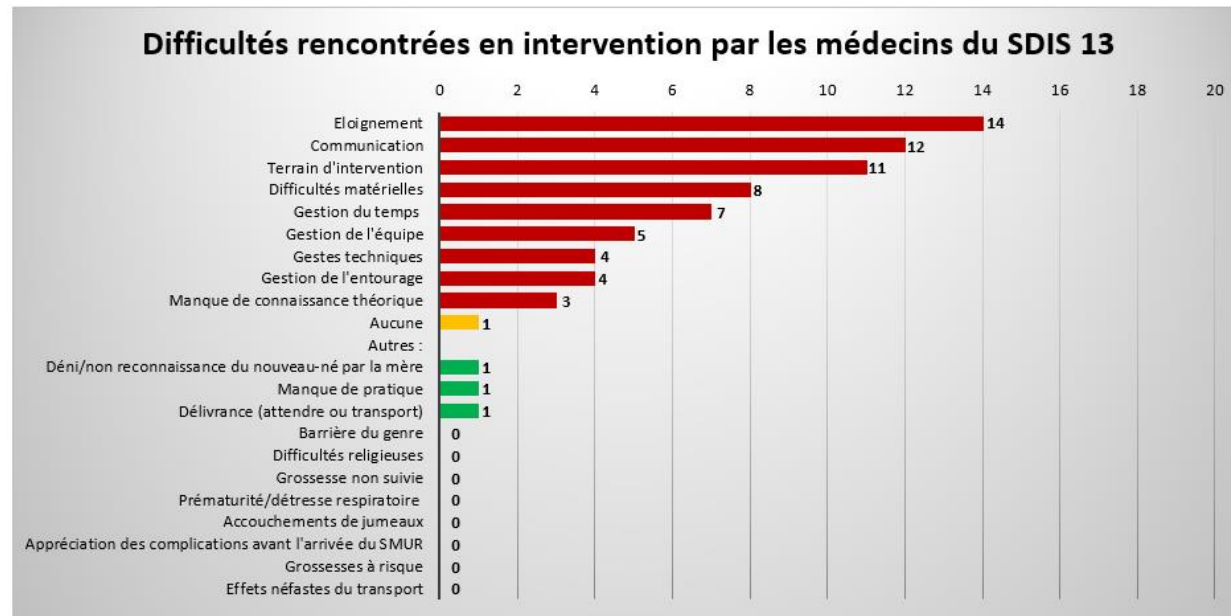
Annexe 18

Etude : difficultés rencontrées pendant les interventions

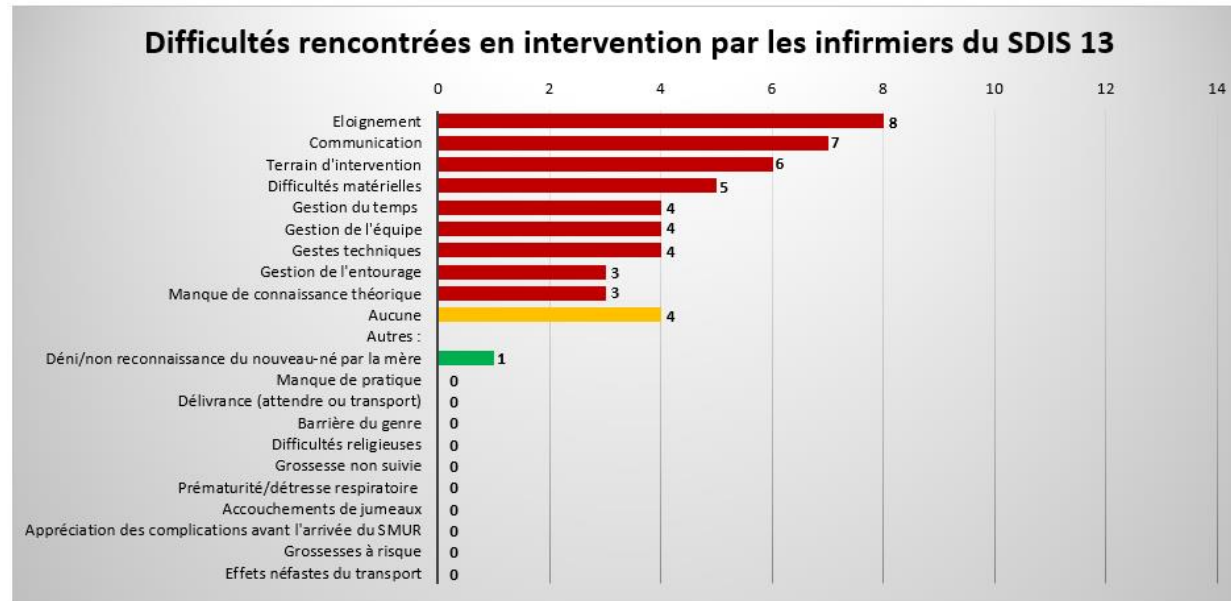


Difficultés rencontrées par les pompiers participants pendant les interventions en fonction de leur lieu d'exercice

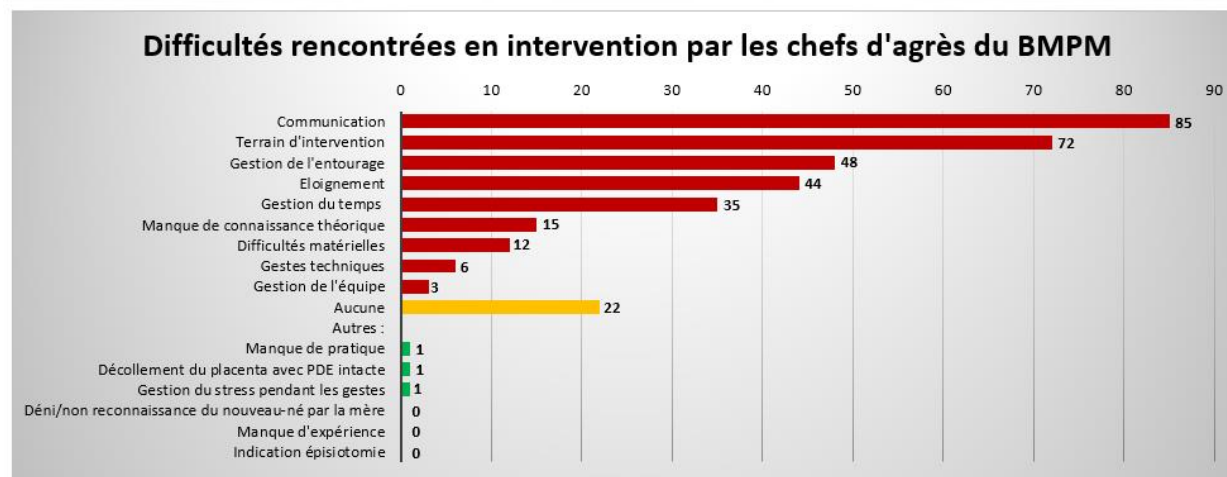
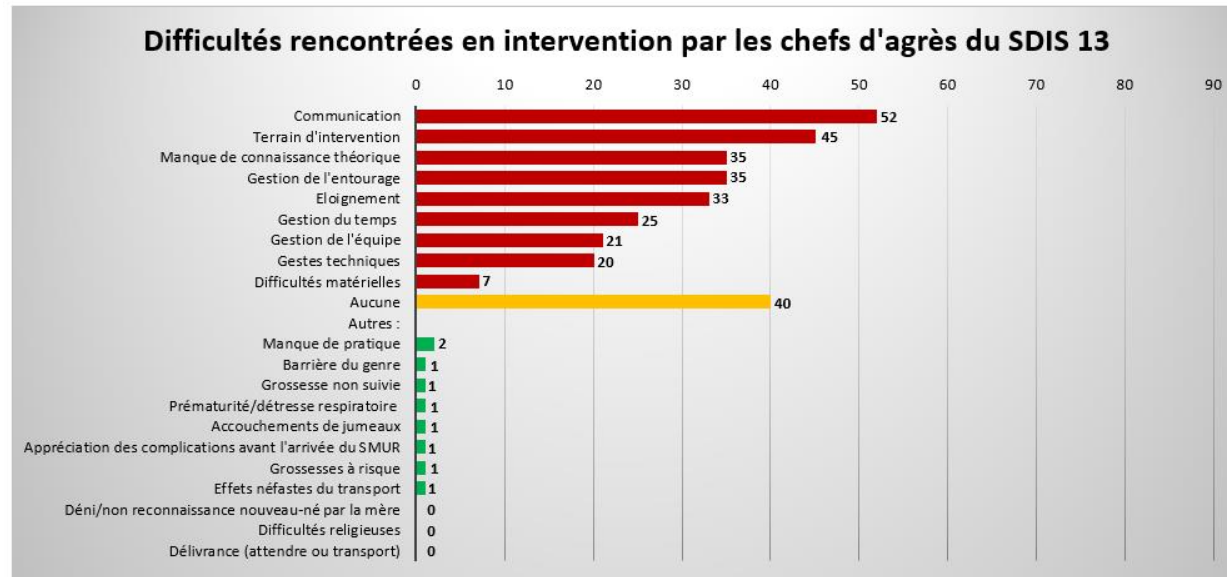
1. Difficultés rencontrées par les médecins



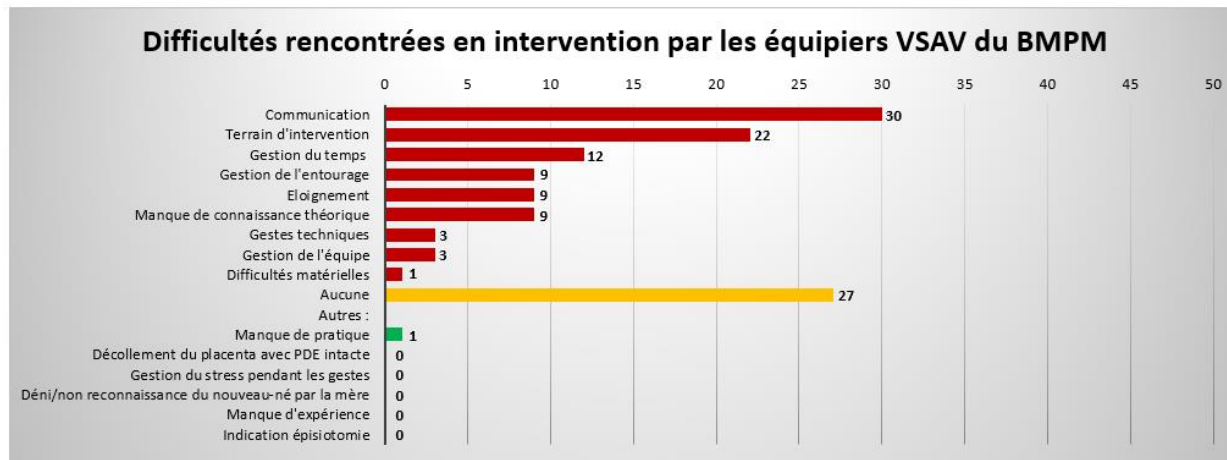
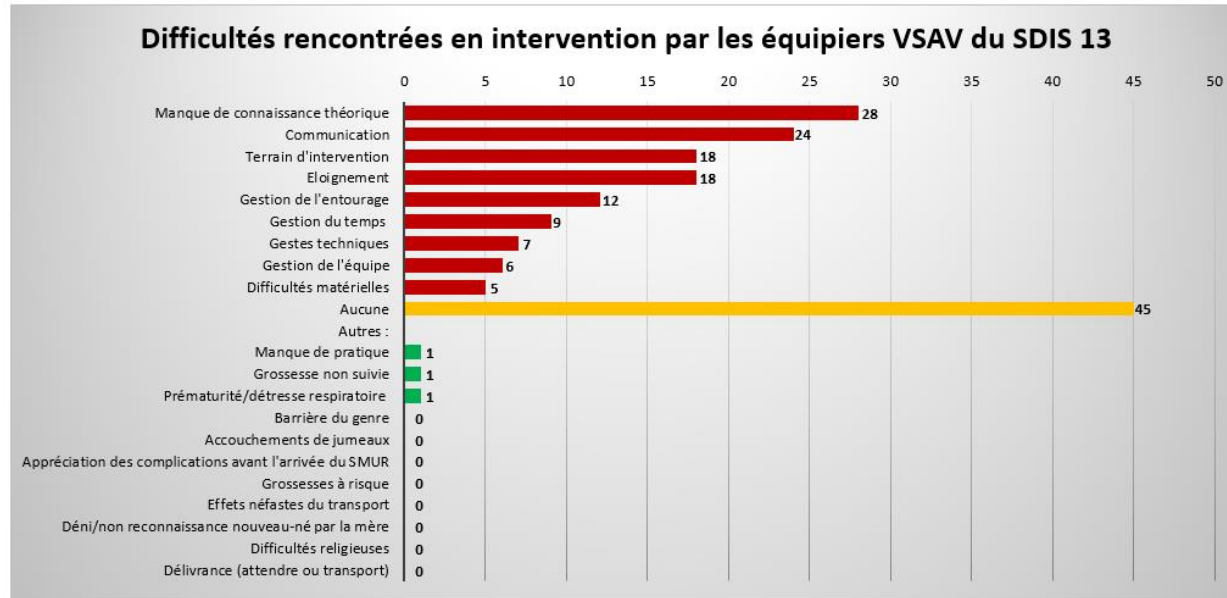
2. Difficultés rencontrées par les infirmiers



3. Difficultés rencontrées par les chefs d'agrès

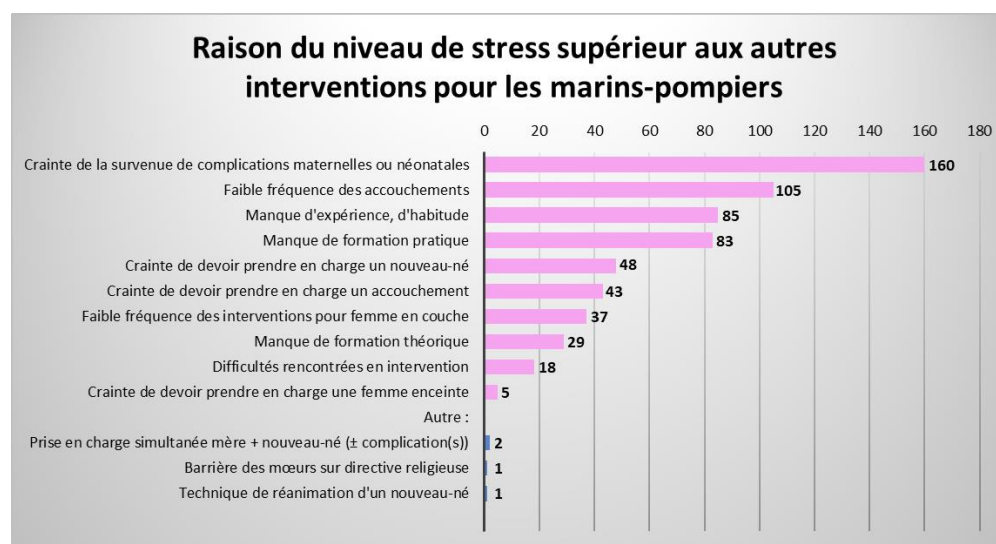
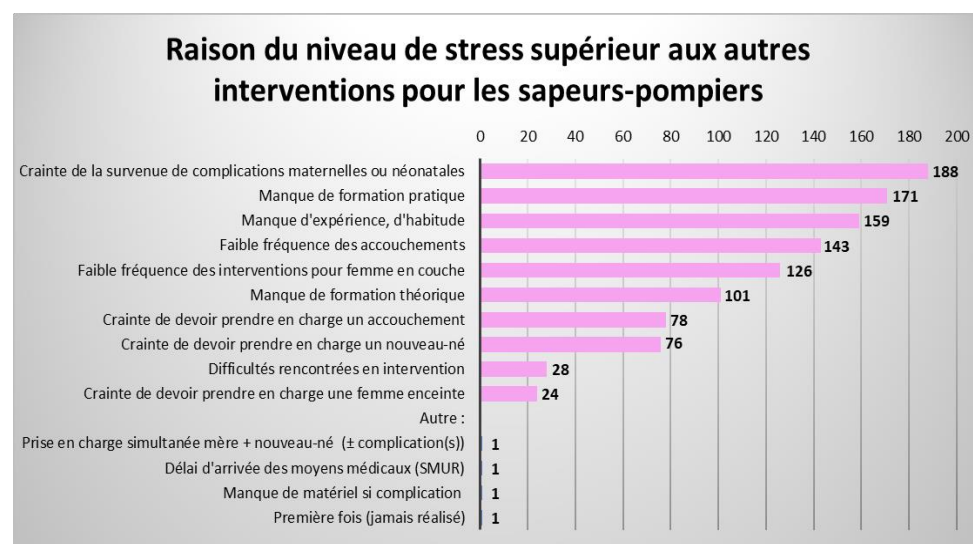


4. Difficultés rencontrées par les équipiers



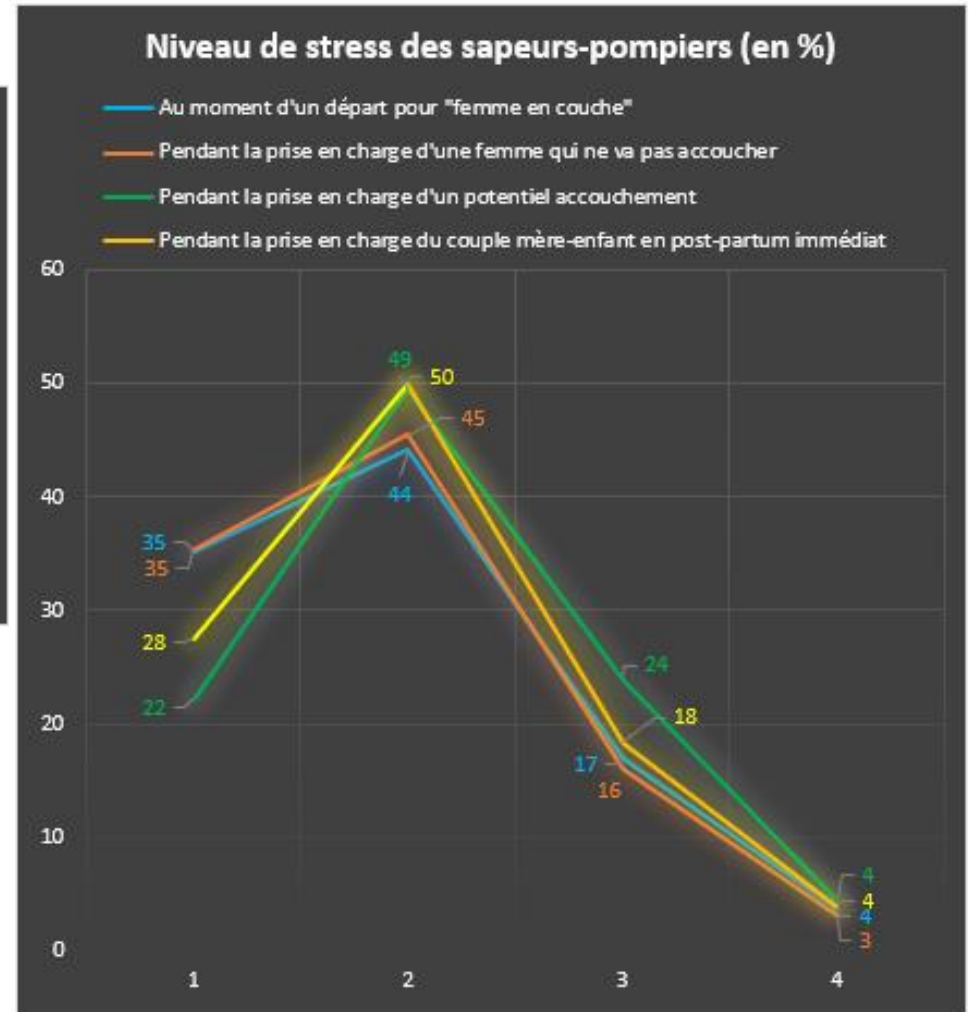
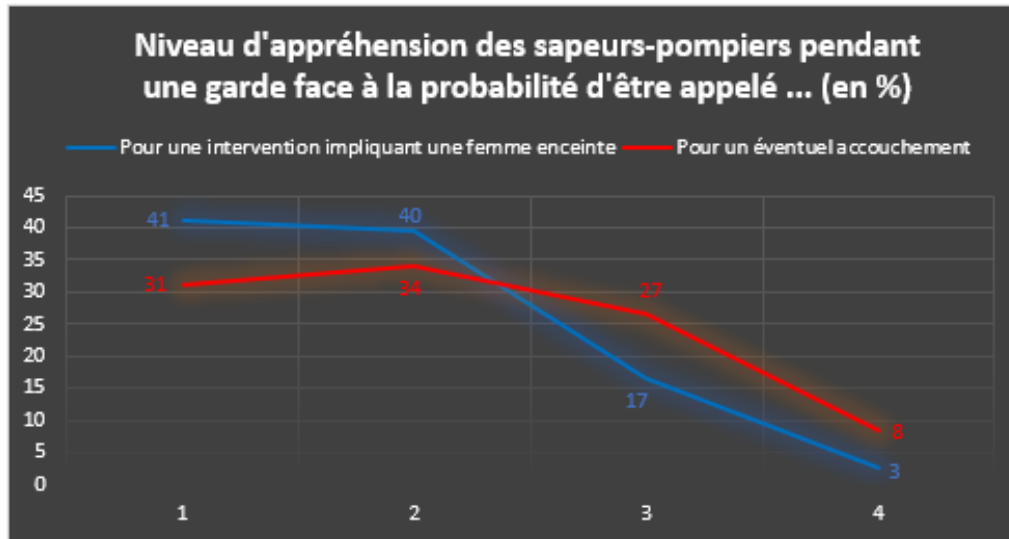
Annexe 19

Etude : niveau d'appréhension et de stress des pompiers et raisons d'un stress supérieur aux autres interventions

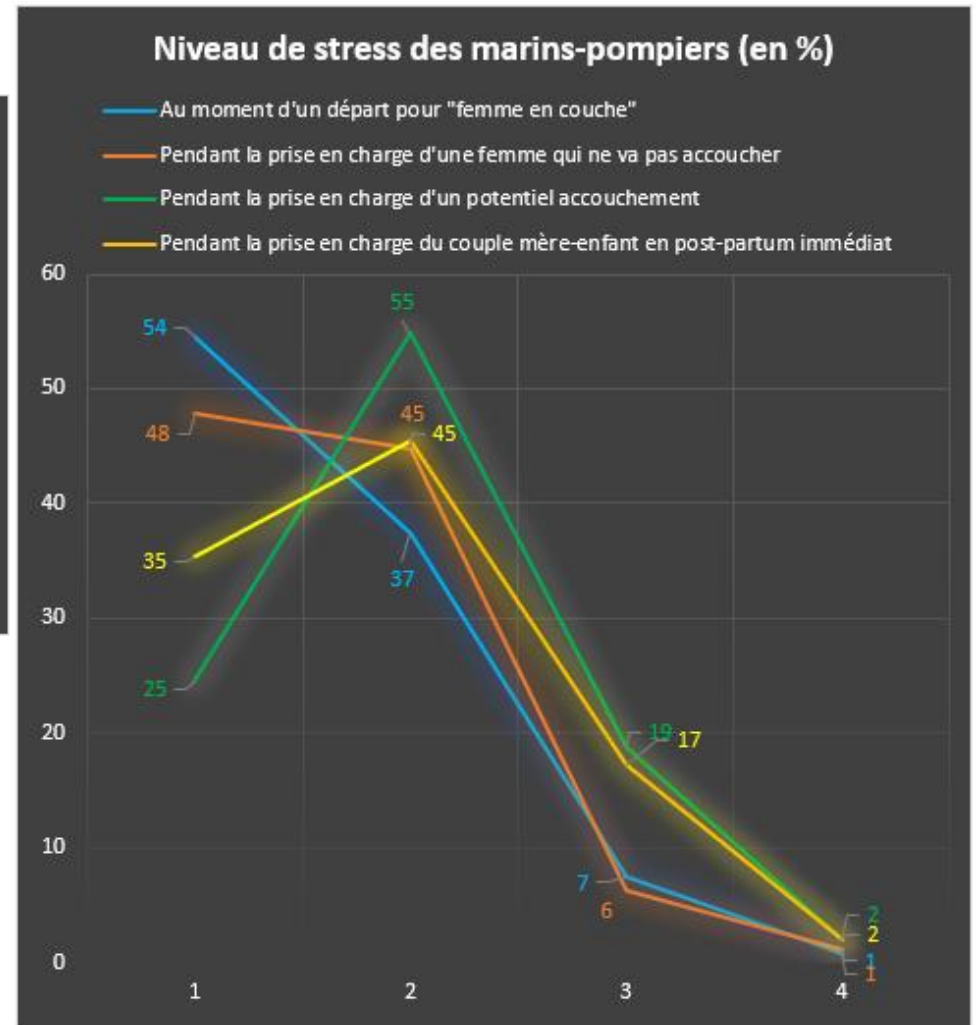
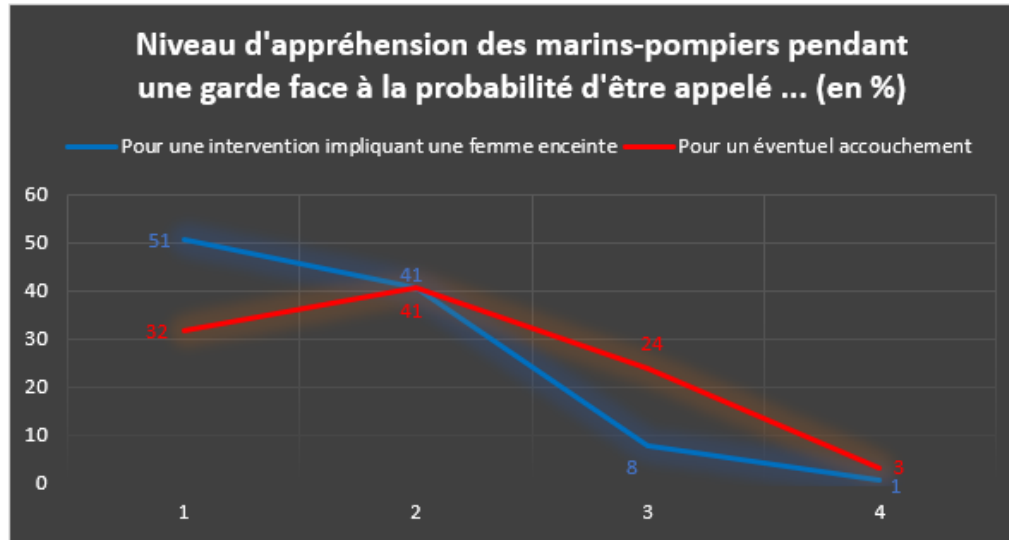


Raisons du niveau de stress supérieur aux autres interventions des pompiers participants en fonction de leur lieu d'exercice

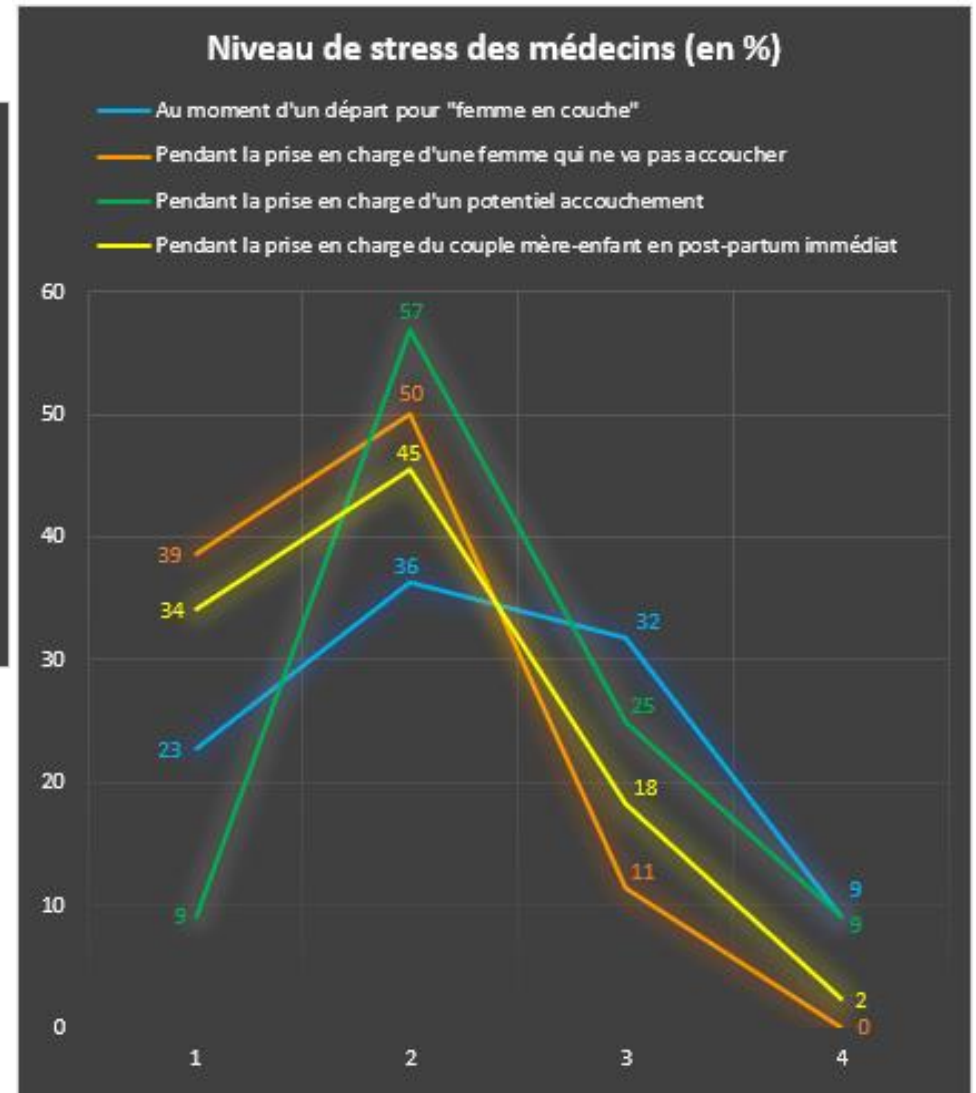
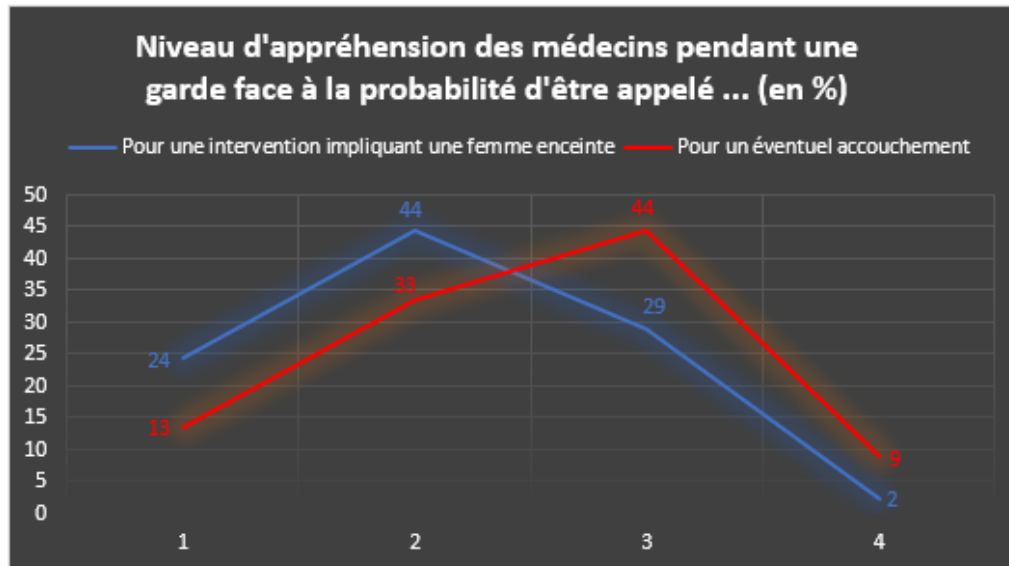
1. Niveau d'appréhension et de stress des sapeurs-pompiers du SDIS 13



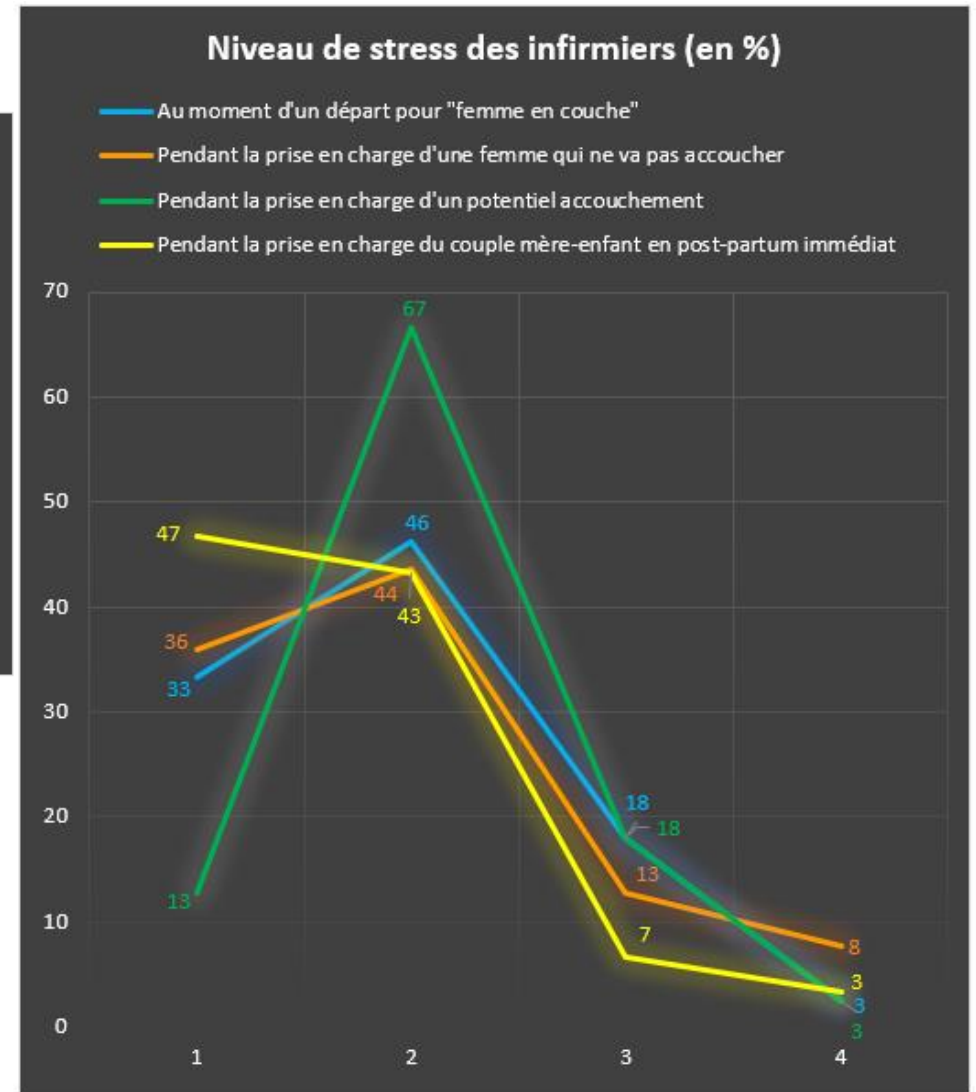
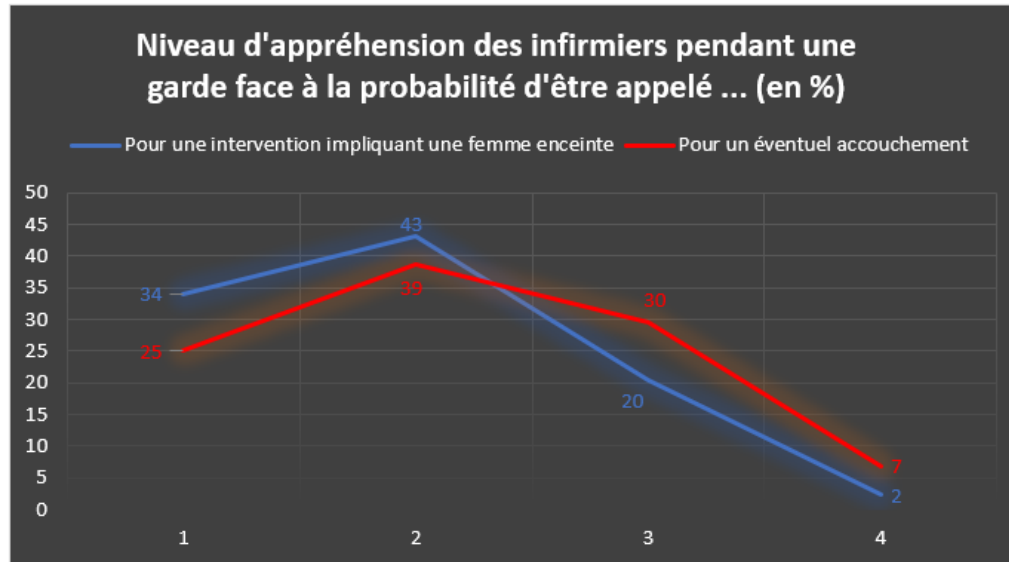
2. Niveau d'appréhension et de stress des marins-pompiers du BMPM



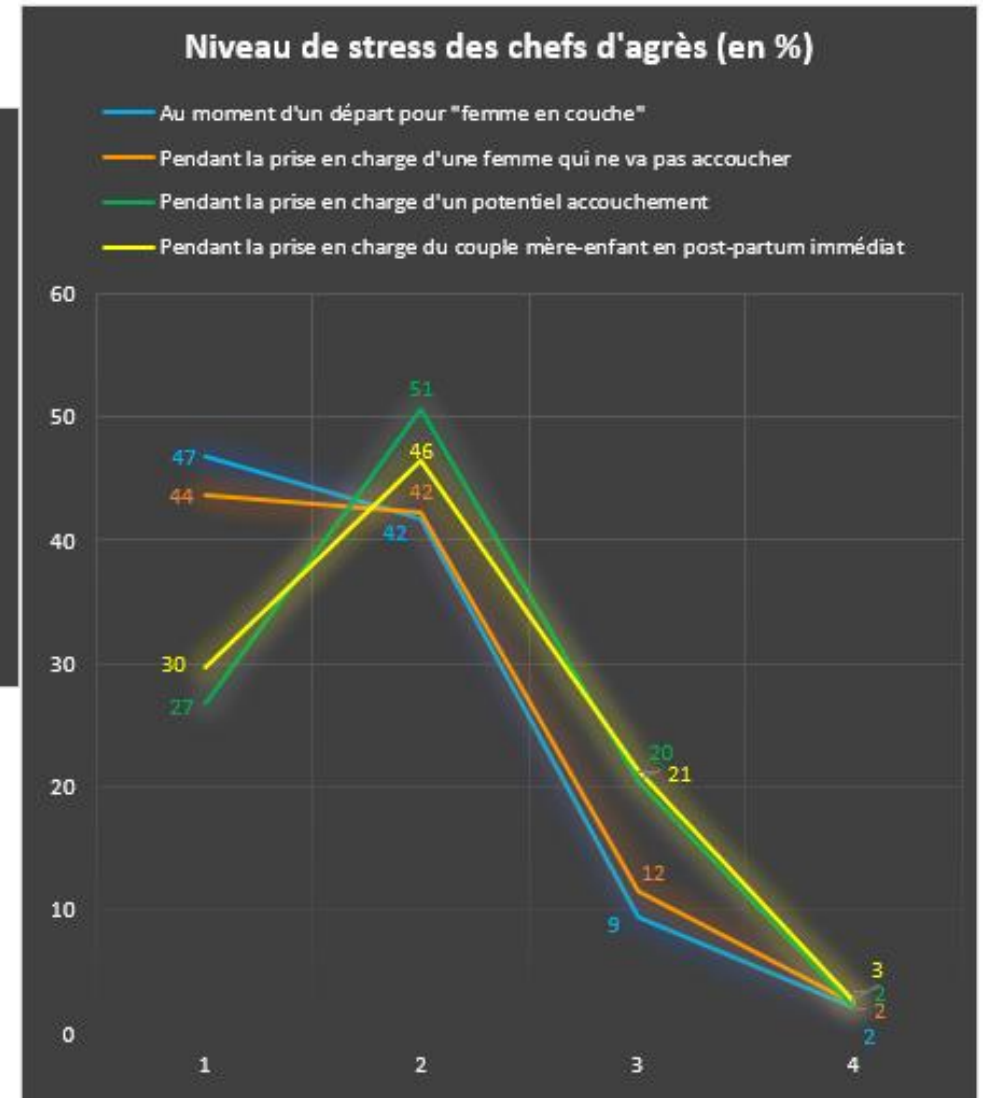
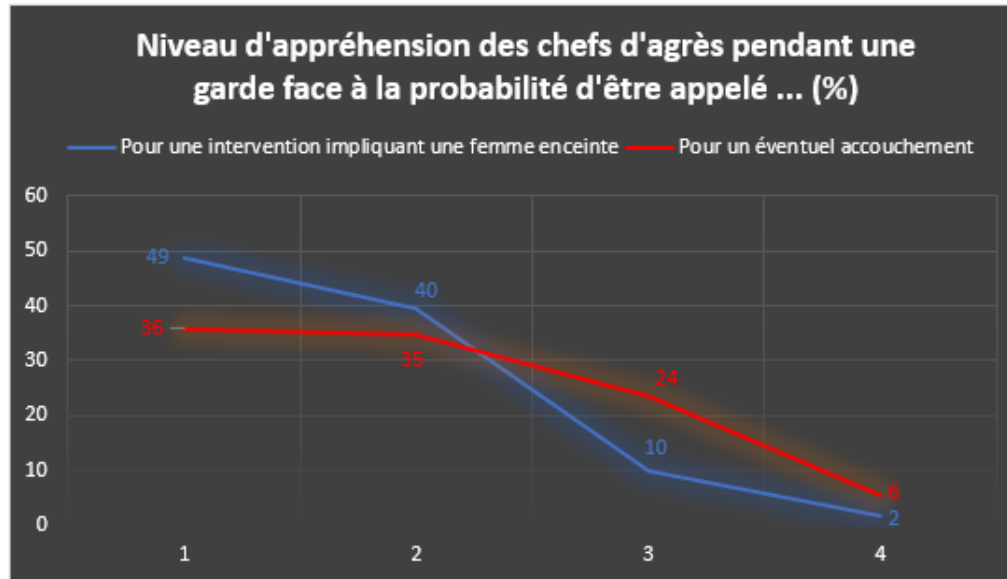
3. Niveau d'appréhension et de stress des médecins



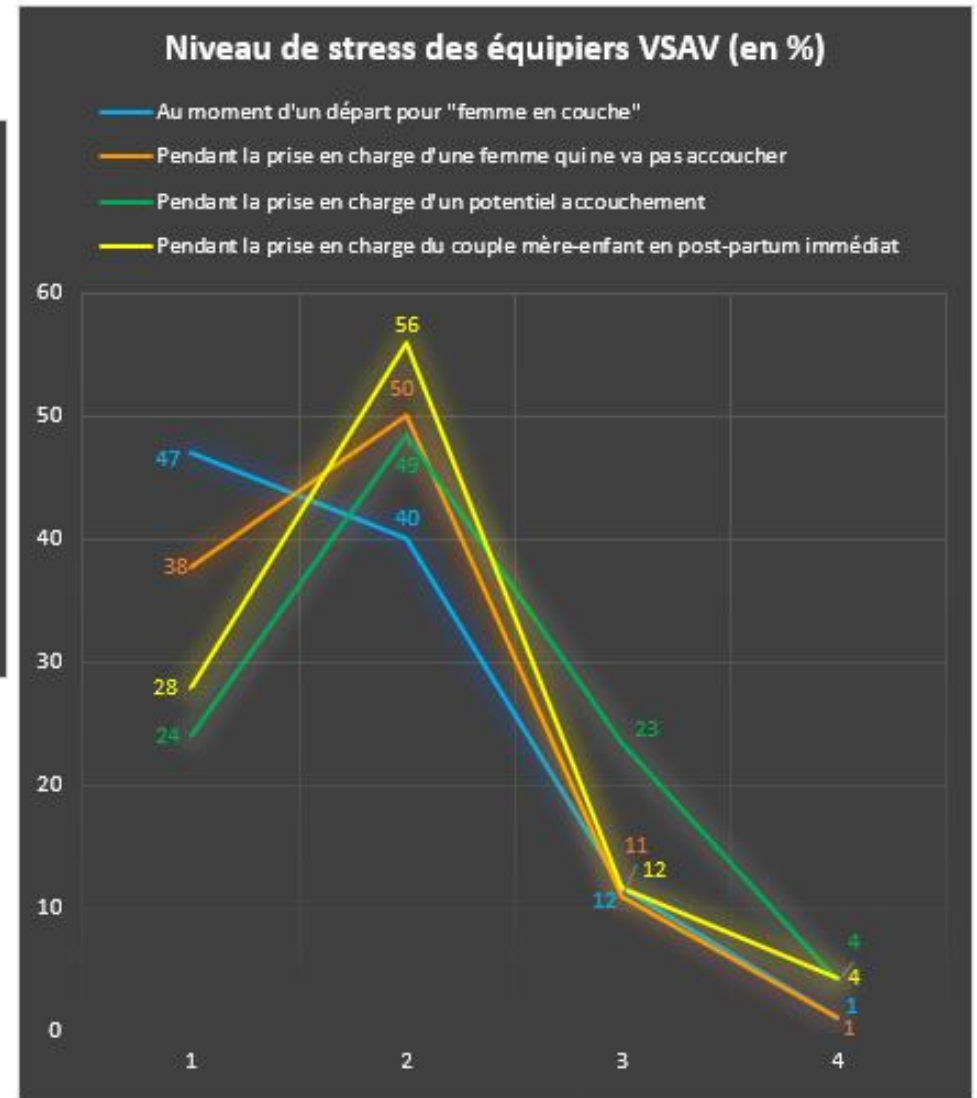
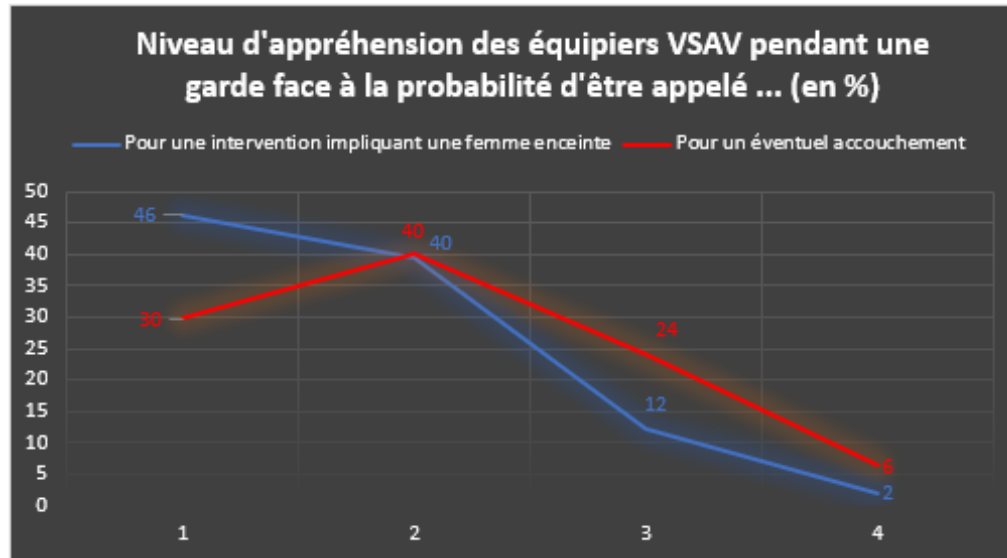
4. Niveau d'appréhension et de stress des infirmiers



5. Niveau d'appréhension et de stress des chefs d'agrès



6. Niveau d'appréhension et de stress des équipiers VSAV



Annexe 20

Etude : influence de l'ancienneté, la réalisation d'une formation sur l'accouchement, la réalisation d'une formation sur la prise en charge du nouveau-né (notamment réanimation néonatale), la participation à un accouchement et la rencontre de complications sur le niveau d'appréhension et de stress des pompiers

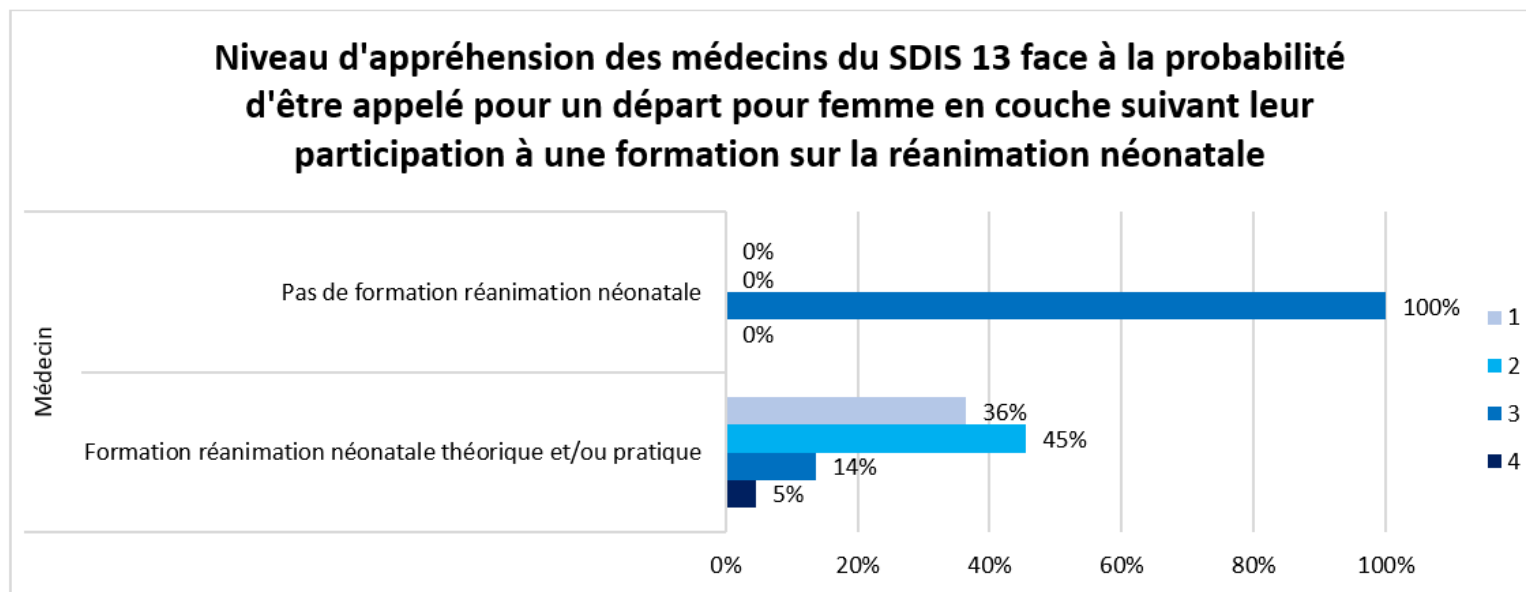
1. Les médecins

Variables étudiées		Médecins du SDIS 13 (n=25)	Significativité	Médecins du BMPM (n=24)	Significativité
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,291 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,409 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,348 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,013 (< 0,05)	Dépendance		
	Participation à un accouchement	p = 0,017 (< 0,05)	Dépendance	p = 0,890 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,816 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,152 (≥ 0,05)	Indépendance
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement	Ancienneté	p = 0,975 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,641 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,054 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,015 (< 0,05)	Dépendance		
	Participation à un accouchement	p = 0,091 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,677 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,985 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,042 (< 0,05)	Dépendance

Stress au moment d'un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,273 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,115 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,063 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,018 (< 0,05)	Dépendance		
	Participation à un accouchement	p = 0,064 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,446 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,980 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,463 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du travail ± accouchement	Ancienneté	p = 0,532 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,718 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,157 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,093 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Participation à un accouchement	p = 0,008 (< 0,05)	Dépendance	p = 0,180 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,690 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,112 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat	Ancienneté	p = 0,658 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,183 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,265 (≥ 0,05)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,031 (< 0,05)	Dépendance		
	Participation à un accouchement	p = 0,027 (< 0,05)	Dépendance	p = 0,589 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,651 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,922 (≥ 0,05)	Indépendance

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche

	1	2	3	4	Total général
Médecin	32%	40%	24%	4%	100%
Formation réanimation néonatale théorique et/ou pratique	36%	45%	14%	5%	100%
Pas de formation réanimation néonatale	0%	0%	100%	0%	100%
Total général	32%	40%	24%	4%	100%

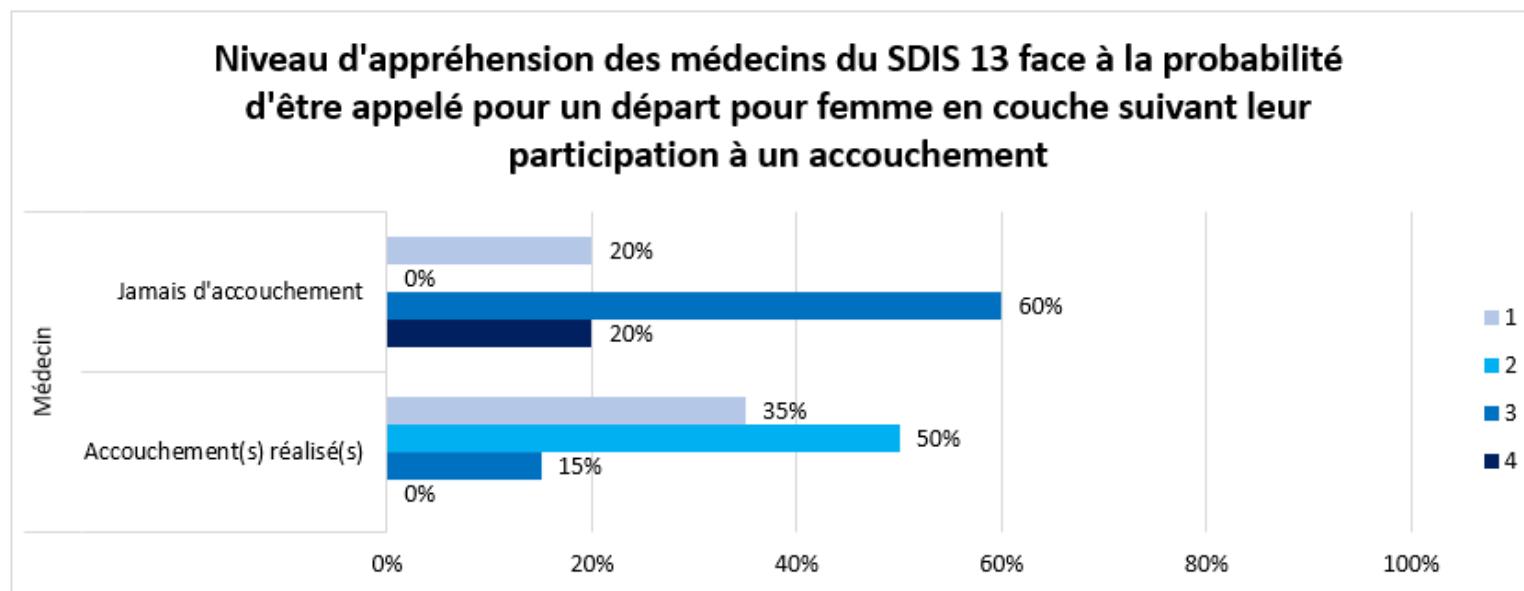


(p = 0,013)

→ La participation à une formation sur la prise en charge du nouveau-né diminue le niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche.

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche

	1	2	3	4	Total général
Médecin	32%	40%	24%	4%	100%
Accouchement(s) réalisé(s)	35%	50%	15%	0%	100%
Jamais d'accouchement	20%	0%	60%	20%	100%
Total général	32%	40%	24%	4%	100%

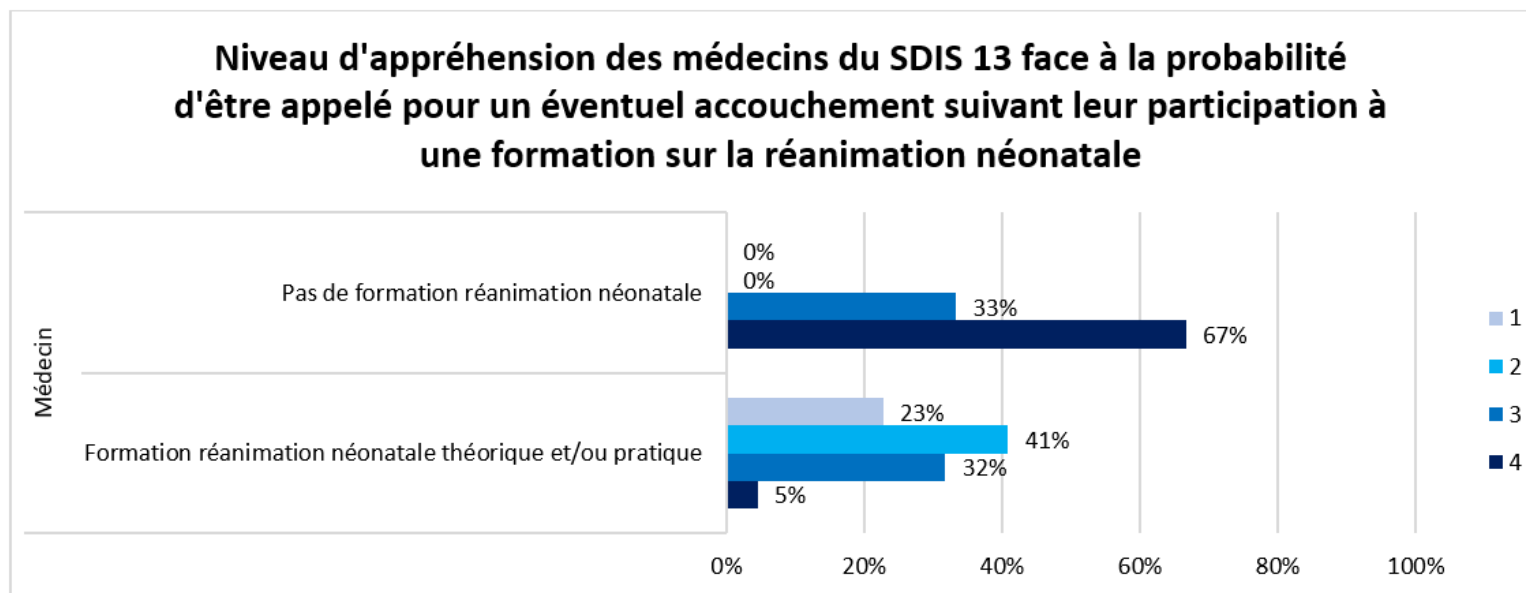


(p = 0,017)

→ La participation à un accouchement dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche.

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement

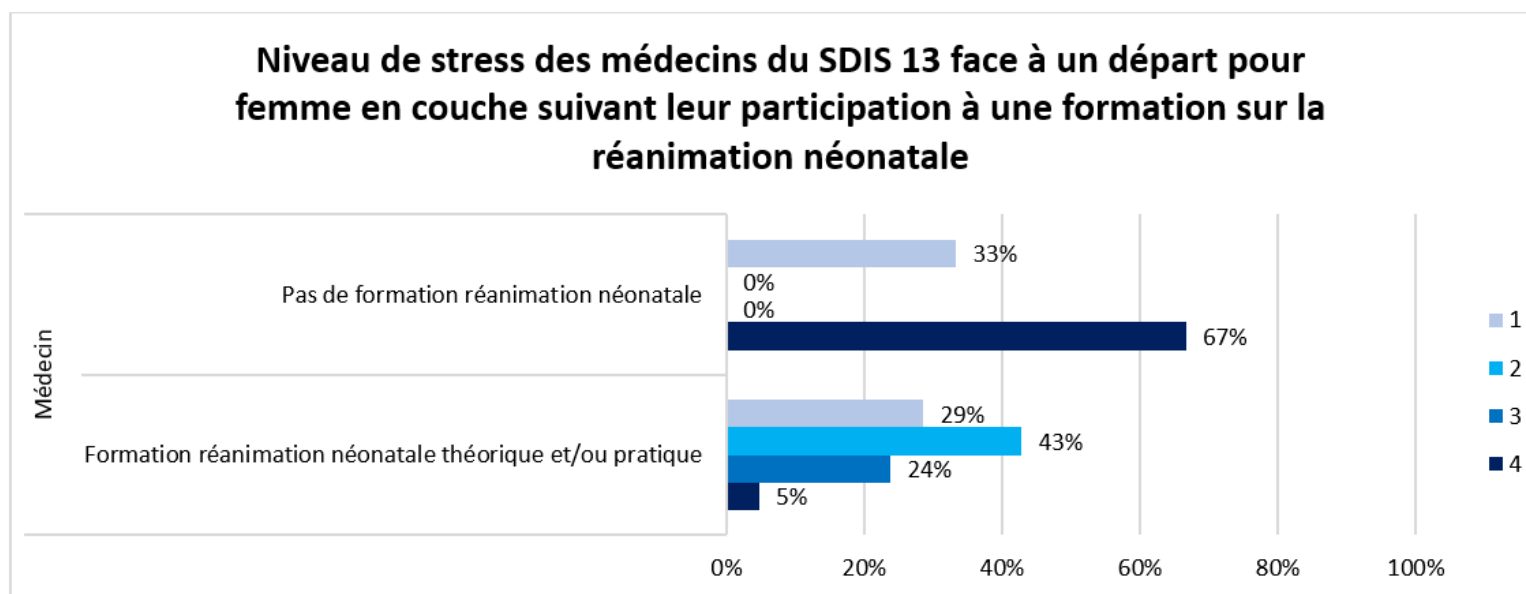
	1	2	3	4	Total général
Médecin	20%	36%	32%	12%	100%
Formation réanimation néonatale théorique et/ou pratique	23%	41%	32%	5%	100%
Pas de formation réanimation néonatale	0%	0%	33%	67%	100%
Total général	20%	36%	32%	12%	100%



(p = 0,015)

→ La participation à une formation sur la prise en charge du nouveau-né diminue le niveau d'appréhension des médecins du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement.

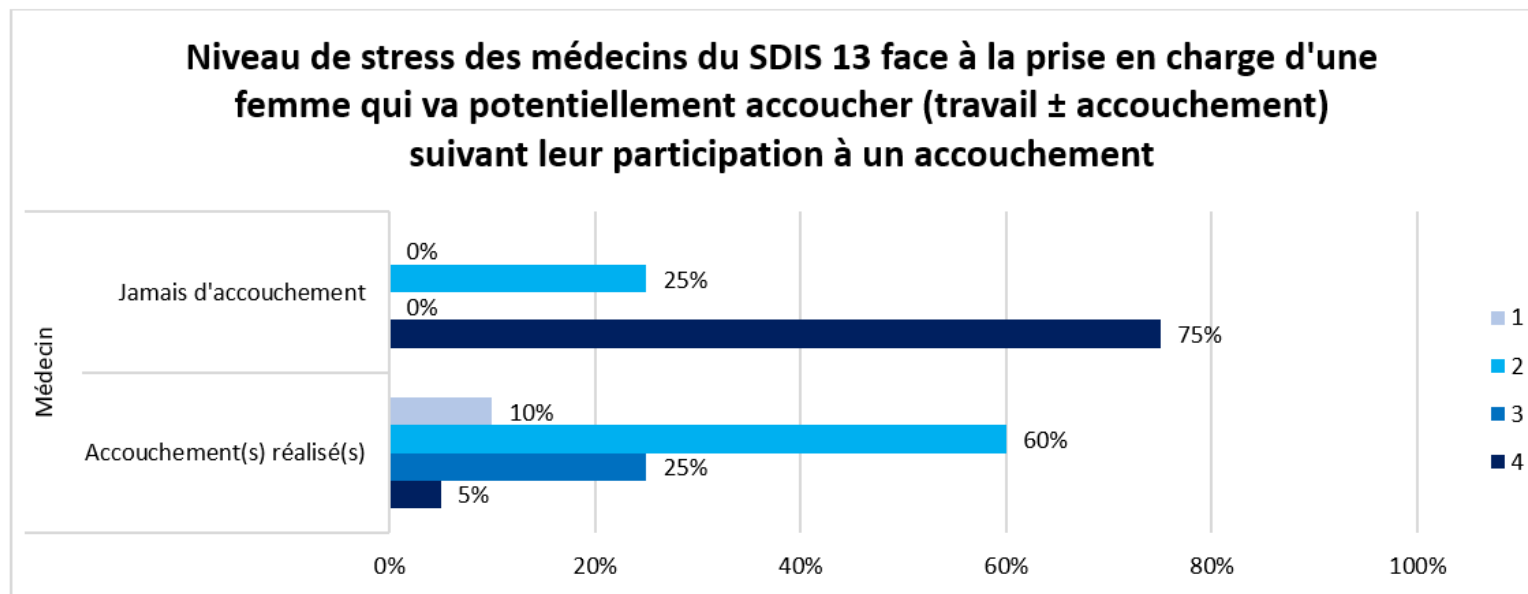
Niveau de stress face à un départ pour femme en couche					
	1	2	3	4	Total général
Médecin	29%	38%	21%	13%	100%
Formation réanimation néonatale théorique et/ou pratique	29%	43%	24%	5%	100%
Pas de formation réanimation néonatale	33%	0%	0%	67%	100%
Total général	29%	38%	21%	13%	100%



(p = 0,018)

→ La participation à une formation sur la prise en charge du nouveau-né diminue le niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à un départ pour femme en couche.

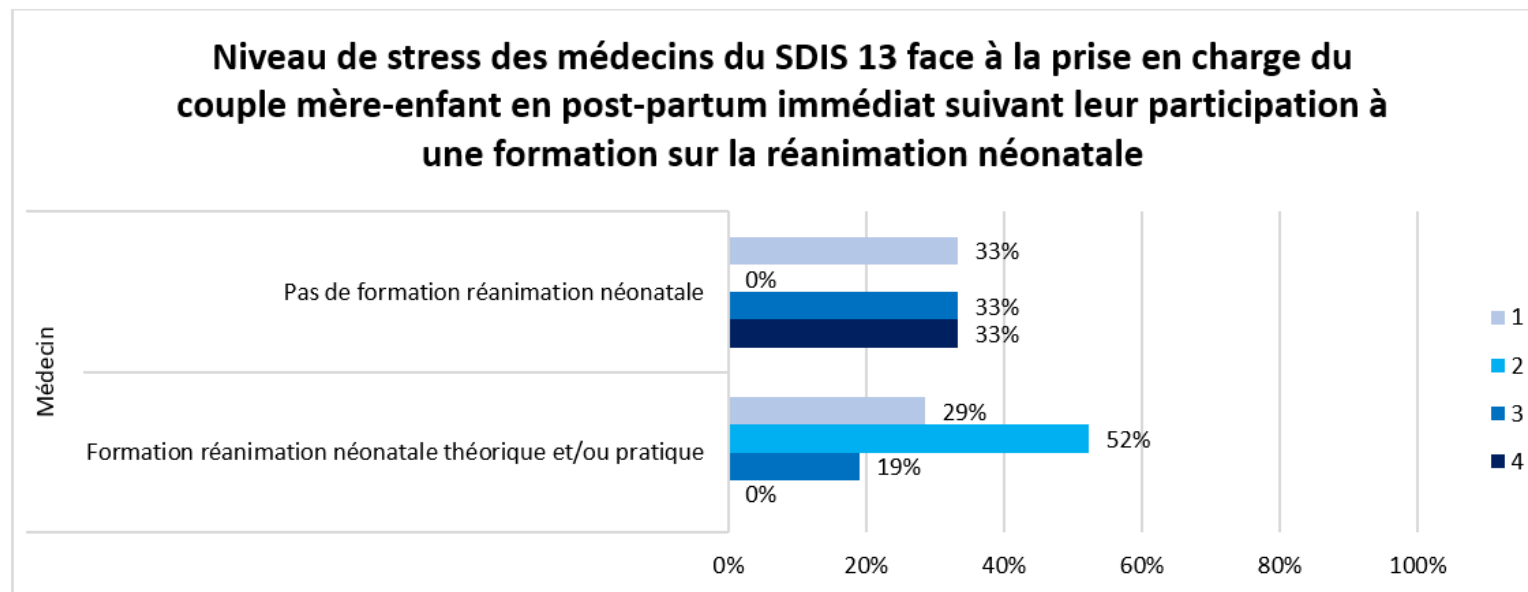
Niveau de stress face à la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (travail ± accouchement)					
	1	2	3	4	Total général
Médecin	8%	54%	21%	17%	100%
Accouchement(s) réalisé(s)	10%	60%	25%	5%	100%
Jamais d'accouchement	0%	25%	0%	75%	100%
Total général	8%	54%	21%	17%	100%



(p = 0,008)

- La participation à un accouchement dans leur carrière diminue le niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (travail ± accouchement)

Niveau de stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat					
	1	2	3	4	Total général
Médecin	29%	46%	21%	4%	100%
Formation réanimation néonatale théorique et/ou pratique	29%	52%	19%	0%	100%
Pas de formation réanimation néonatale	33%	0%	33%	33%	100%
Total général	29%	46%	21%	4%	100%

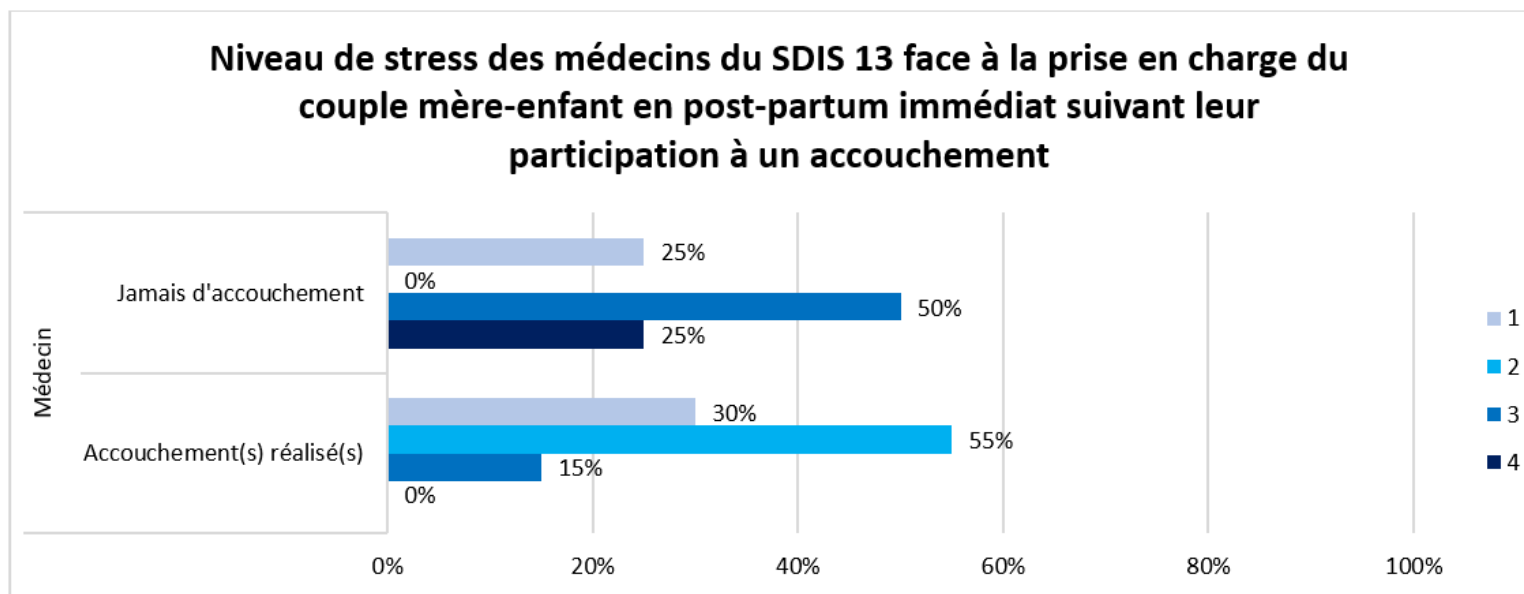


(p = 0,031)

→ La participation à une formation sur la prise en charge du nouveau-né diminue le niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat.

Niveau de stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat

	1	2	3	4	Total général
Médecin	29%	46%	21%	4%	100%
Accouchement(s) réalisé(s)	30%	55%	15%	0%	100%
Jamais d'accouchement	25%	0%	50%	25%	100%
Total général	29%	46%	21%	4%	100%

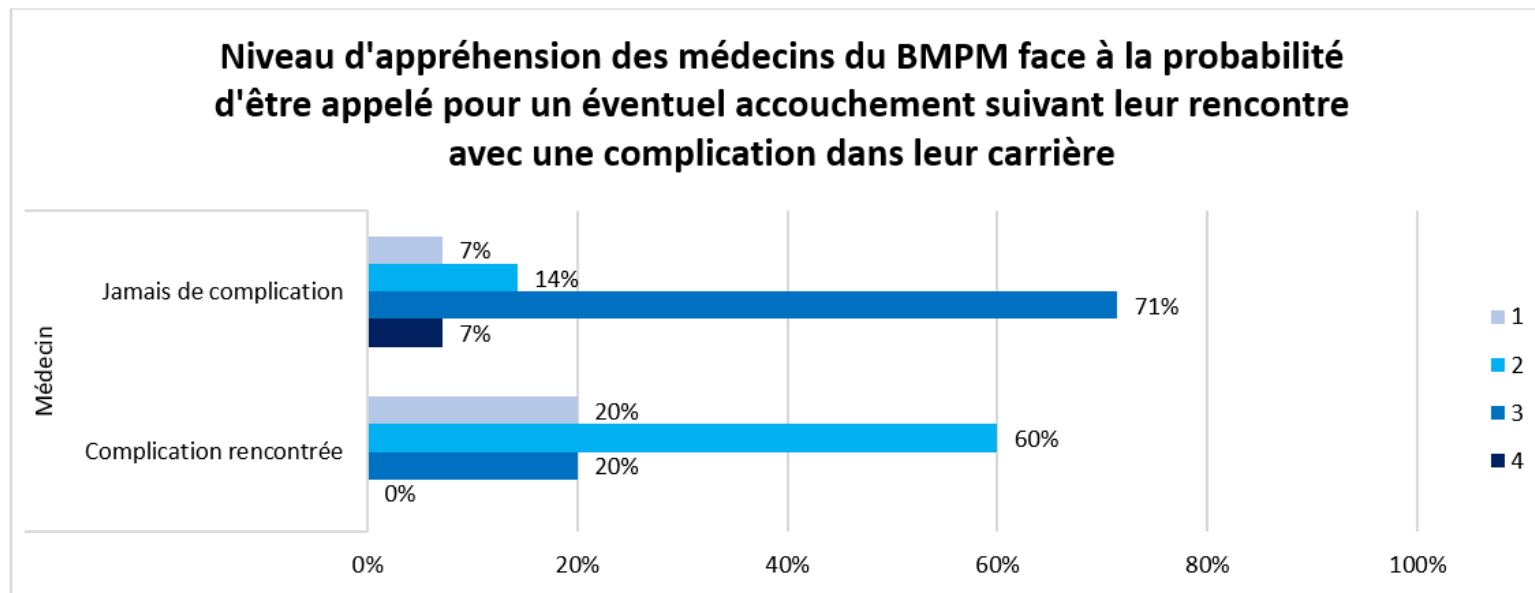


(p = 0,027)

→ La participation à un accouchement dans leur carrière diminue le niveau de stress des médecins du SDIS 13 face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat.

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement

	1	2	3	4	Total général
Médecin	13%	33%	50%	4%	100%
Complication rencontrée	20%	60%	20%	0%	100%
Jamais de complication	7%	14%	71%	7%	100%
Total général	13%	33%	50%	4%	100%



(p = 0,042)

- La rencontre avec une complication dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des médecins du BMPM face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement.

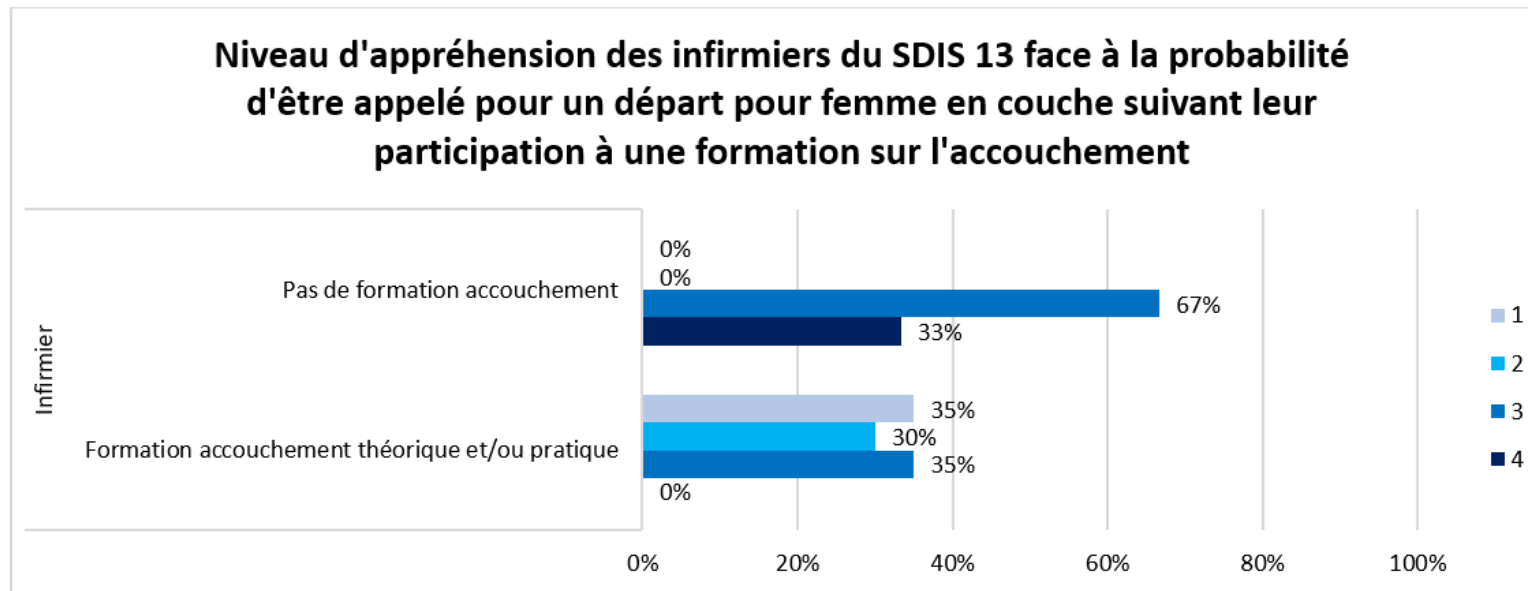
2. Les infirmiers

Variables étudiées		Infirmiers du SDIS 13 (n=23)	Significativité	Infirmiers du BMPM (n=21)	Significativité
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,302 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,511 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,026 ($< 0,05$)	Dépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,610 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,854 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,127 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,864 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,153 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,284 ($\geq 0,05$)	Indépendance
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement	Ancienneté	p = 0,351 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,922 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,389 ($\geq 0,05$)	Indépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,091 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,568 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,207 ($\geq 0,05$)	Indépendance	p = 0,435 ($\geq 0,05$)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,048 ($< 0,05$)	Dépendance	p = 0,114 ($\geq 0,05$)	Indépendance

Stress au moment d'un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,110 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,177 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,000 (< 0,05)	Dépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,770 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,136 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,380 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,178 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,464 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,371 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du travail ± accouchement	Ancienneté	p = 0,218 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,247 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,000 (< 0,05)	Dépendance		
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,502 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,757 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,683 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,129 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,541 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,325 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat	Ancienneté	p = 0,796 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,620 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement				
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né			p = 0,901 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,086 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,709 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,112 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,512 (≥ 0,05)	Indépendance

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche

	1	2	3	4	Total général
Infirmier	30%	26%	39%	4%	100%
Formation accouchement théorique et/ou pratique	35%	30%	35%	0%	100%
Pas de formation accouchement	0%	0%	67%	33%	100%
Total général	30%	26%	39%	4%	100%

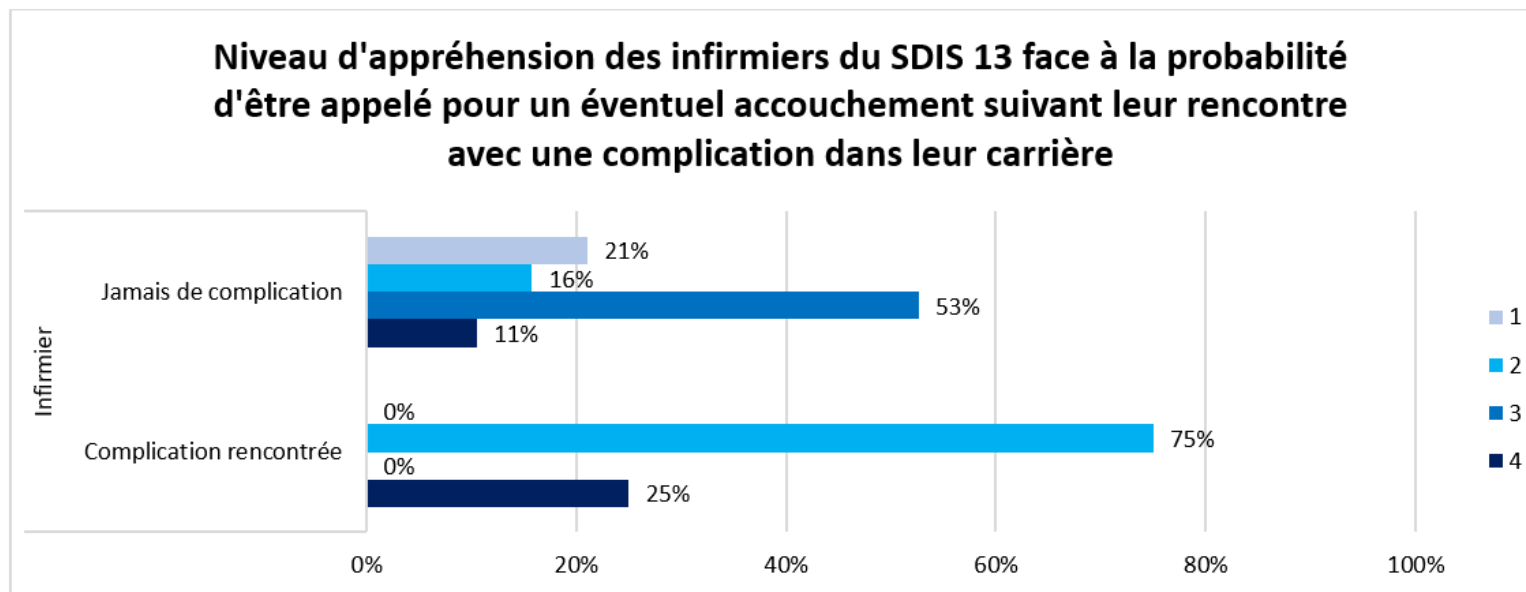


(p = 0,026)

→ La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau d'appréhension des infirmiers du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche.

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement

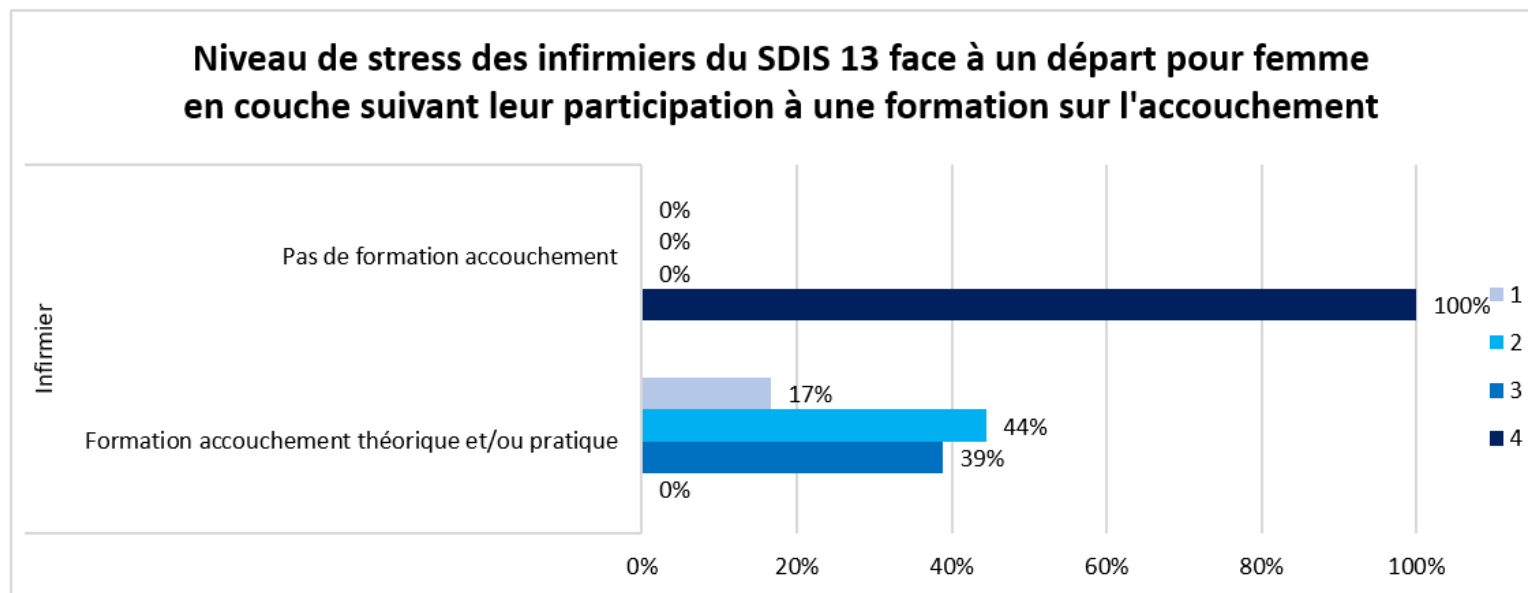
	1	2	3	4	Total général
Infirmier	17%	26%	43%	13%	100%
Complication rencontrée	0%	75%	0%	25%	100%
Jamais de complication	21%	16%	53%	11%	100%
Total général	17%	26%	43%	13%	100%



(p = 0,048)

- ➔ La rencontre avec une complication dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des infirmiers du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement.

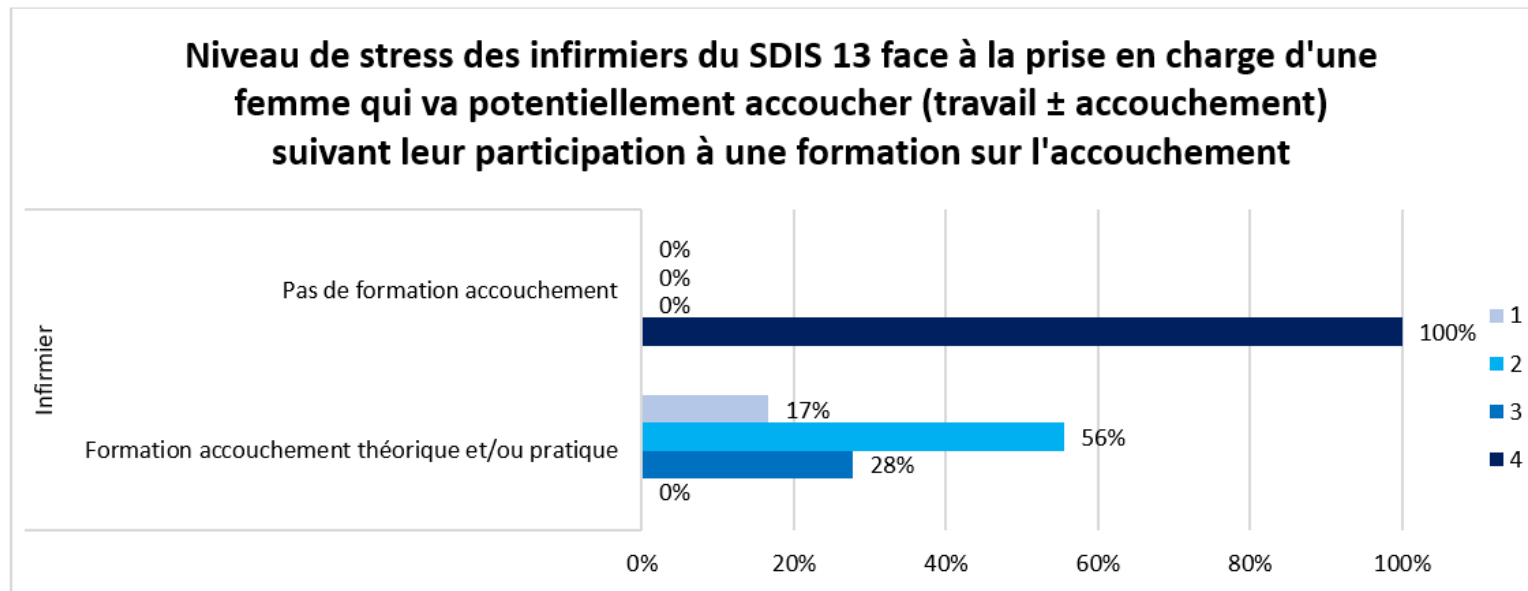
Niveau de stress face à un départ pour femme en couche					
	1	2	3	4	Total général
Infirmier	16%	42%	37%	5%	100%
Formation accouchement théorique et/ou pratique	17%	44%	39%	0%	100%
Pas de formation accouchement	0%	0%	0%	100%	100%
Total général	16%	42%	37%	5%	100%



(p = 0,000)

→ La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau de stress des infirmiers du SDIS 13 face à un départ pour femme en couche.

Niveau de stress face à la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (travail ± accouchement)					
	1	2	3	4	Total général
Infirmier	16%	53%	26%	5%	100%
Formation accouchement théorique et/ou pratique	17%	56%	28%	0%	100%
Pas de formation accouchement	0%	0%	0%	100%	100%
Total général	16%	53%	26%	5%	100%



(p = 0,000)

→ La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau de stress des infirmiers du SDIS 13 face à la prise en charge d'une femme qui va potentiellement accoucher (travail ± accouchement)

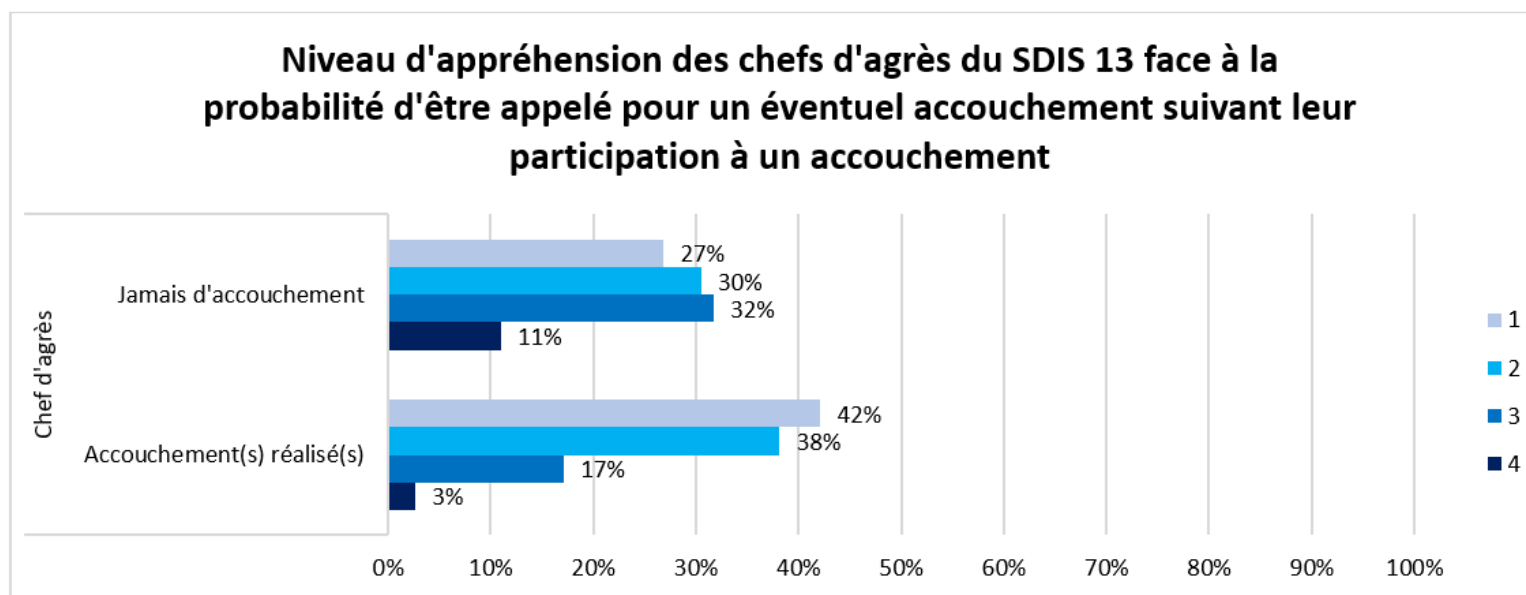
3. Les chefs d'agrès

Variables étudiées		Chefs d'agrès du SDIS 13 (n=158)	Significativité	Chefs d'agrès du BMPM (n=143)	Significativité
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour « femme en couche »	Ancienneté			p = 0,872 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,329 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,559 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,312 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,392 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,111 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,434 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,491 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,067 (≥ 0,05)	Indépendance
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement	Ancienneté			p = 0,571 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,312 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,383 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,337 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,650 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,013 (< 0,05)	Dépendance	p = 0,287 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,430 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,278 (≥ 0,05)	Indépendance

Stress au moment d'un départ pour « femme en couche »	Ancienneté			p = 0,334 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,241 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,917 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,306 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,908 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,325 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,059 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,410 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,056 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du travail ± accouchement	Ancienneté			p = 0,887 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,495 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,643 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,640 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,957 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,080 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,723 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,642 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,682 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat	Ancienneté			p = 0,503 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,204 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,773 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,652 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,880 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,644 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,316 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,294 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,932 (≥ 0,05)	Indépendance

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement

	1	2	3	4	Total général
Chef d'agrès	34%	34%	25%	7%	100%
Accouchement(s) réalisé(s)	42%	38%	17%	3%	100%
Jamais d'accouchement	27%	30%	32%	11%	100%
Total général	34%	34%	25%	7%	100%



(p = 0,013)

- La participation à un accouchement dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des chefs d'agrès du SDIS 13 face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement.

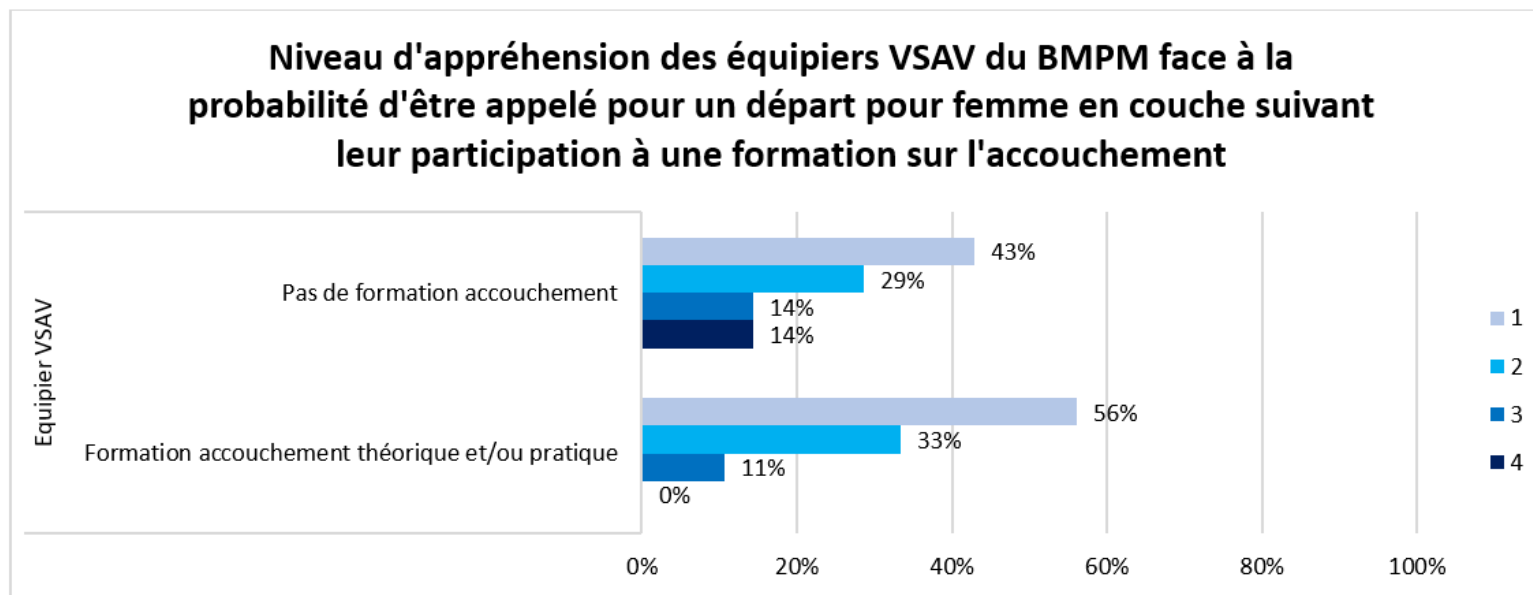
4. Les équipiers VSAV

Variables étudiées		Equipiers VSAV du SDIS 13 (n=132)	Significativité	Equipiers VSAV du BPPM (n=73)	Significativité
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,749 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,216 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,334 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,021 (< 0,05)	Dépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,121 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,412 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,744 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,508 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,565 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,073 (≥ 0,05)	Indépendance
Appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement	Ancienneté	p = 0,798 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,058 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,728 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,202 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,398 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,293 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,530 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,036 (< 0,05)	Dépendance
	Rencontre de complications	p = 0,716 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,384 (≥ 0,05)	Indépendance

Stress au moment d'un départ pour « femme en couche »	Ancienneté	p = 0,415 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,181 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,289 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,337 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,050 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,592 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,472 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,351 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,102 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,836 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du travail ± accouchement	Ancienneté	p = 0,256 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,519 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,685 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,701 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,499 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,373 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,535 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,589 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,238 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,749 (≥ 0,05)	Indépendance
Stress face à la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum immédiat	Ancienneté	p = 0,339 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,180 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur l'accouchement	p = 0,389 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,154 (≥ 0,05)	Indépendance
	Formation sur la prise en charge du nouveau-né	p = 0,195 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,697 (≥ 0,05)	Indépendance
	Participation à un accouchement	p = 0,348 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,350 (≥ 0,05)	Indépendance
	Rencontre de complications	p = 0,513 (≥ 0,05)	Indépendance	p = 0,176 (≥ 0,05)	Indépendance

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche

	1	2	3	4	Total général
Equipier VSAV	55%	33%	11%	1%	100%
Formation accouchement théorique et/ou pratique	56%	33%	11%	0%	100%
Pas de formation accouchement	43%	29%	14%	14%	100%
Total général	55%	33%	11%	1%	100%

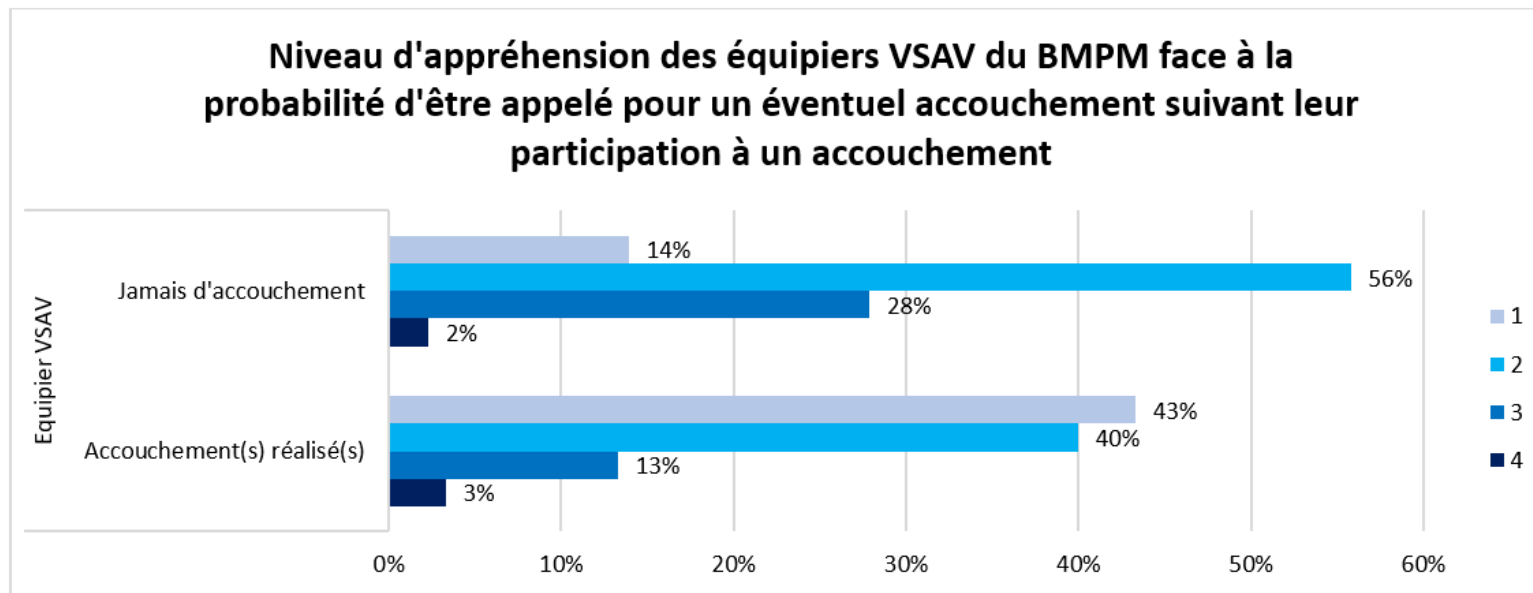


(p = 0,021)

→ La participation à une formation sur l'accouchement diminue le niveau d'appréhension des équipiers VSAV du BMPM face à la probabilité d'être appelé pour un départ pour femme en couche.

Niveau d'appréhension face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement

	1	2	3	4	Total général
Equipier VSAV	26%	49%	22%	3%	100%
Accouchement(s) réalisé(s)	43%	40%	13%	3%	100%
Jamais d'accouchement	14%	56%	28%	2%	100%
Total général	26%	49%	22%	3%	100%

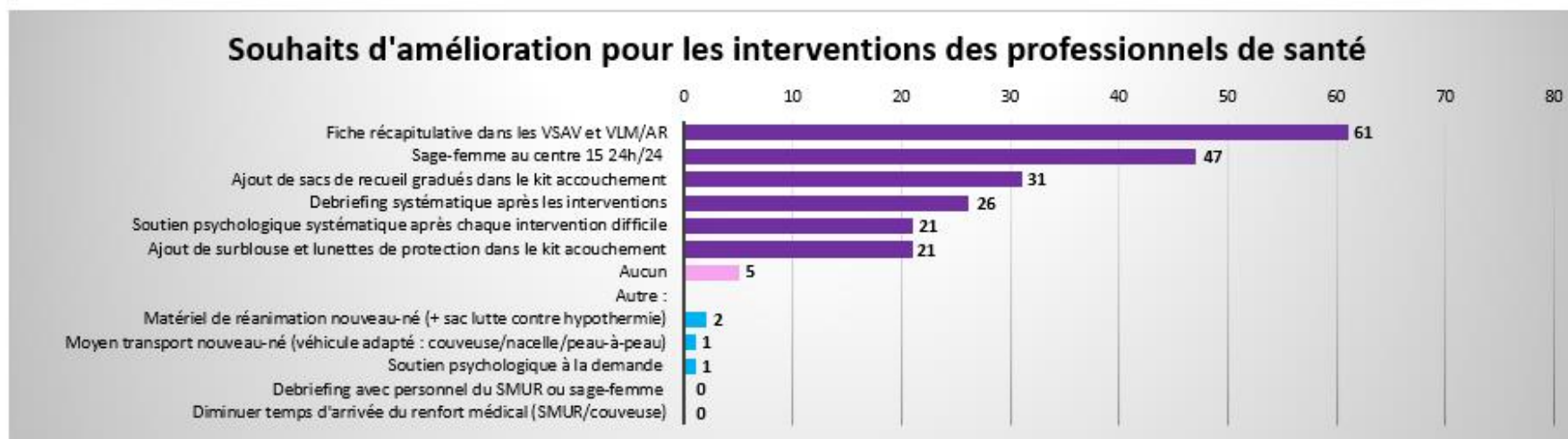
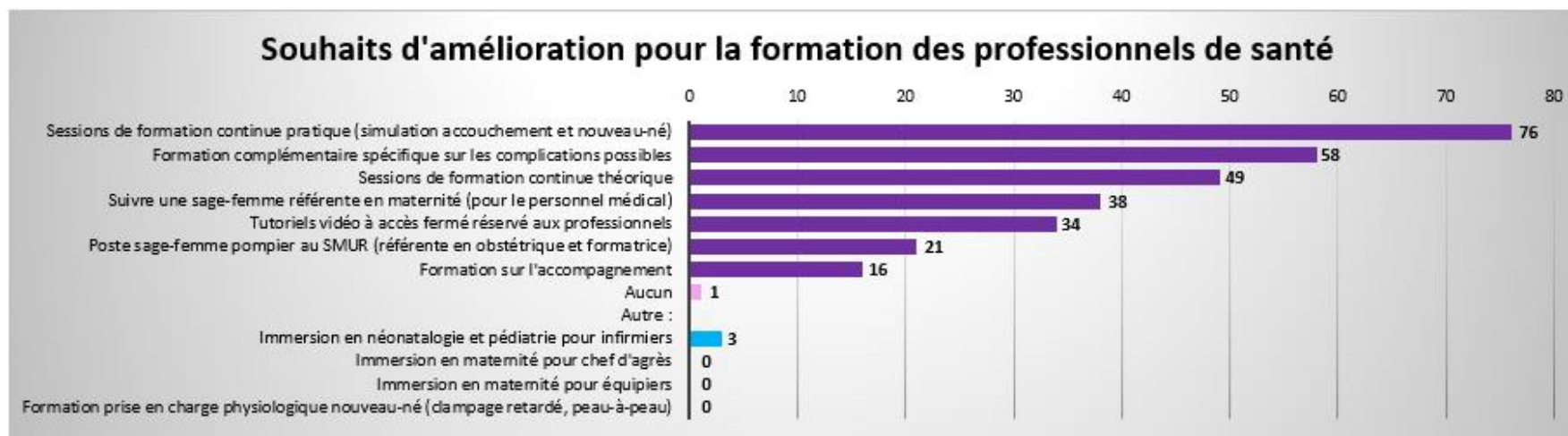


(p = 0,036)

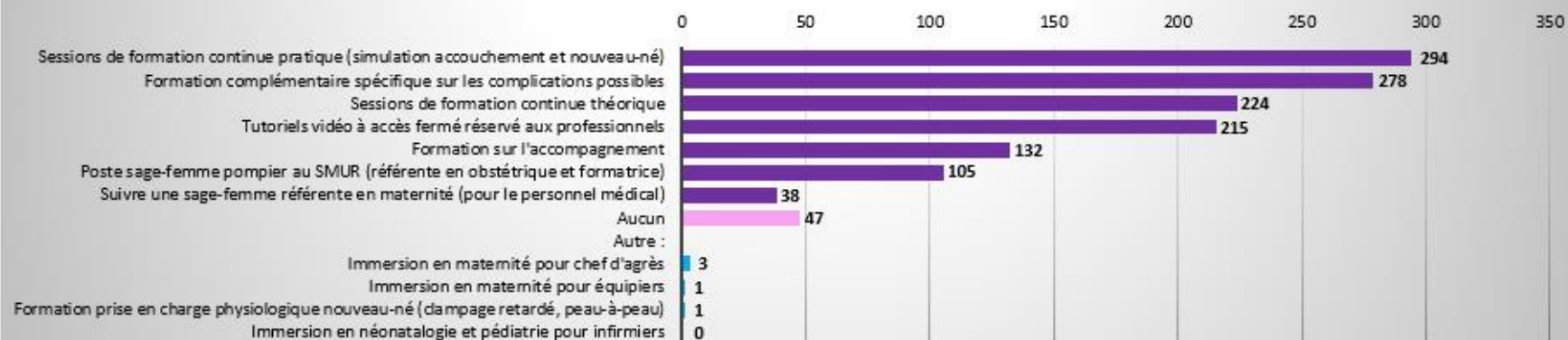
- La participation à un accouchement dans leur carrière diminue le niveau d'appréhension des équipiers VSAV du BMPM face à la probabilité d'être appelé pour un éventuel accouchement.

Annexe 21

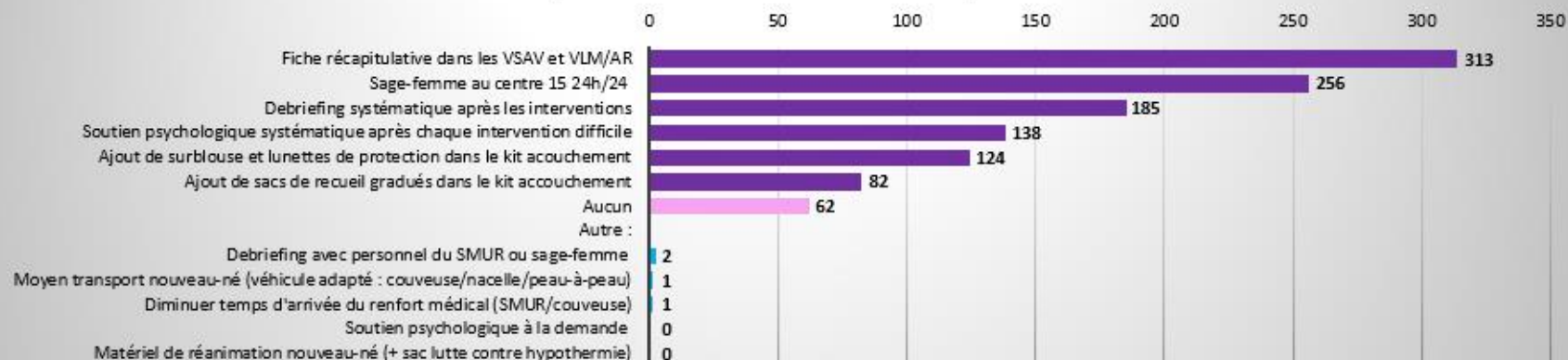
Etude : souhaits d'amélioration des participants pour les formations et les interventions



Souhaits d'amélioration pour la formation des professionnels de secours



Souhaits d'amélioration pour les interventions des professionnels de secours



Souhaits d'amélioration des participants pour les formations et les interventions suivant leur fonction chez les pompiers

Annexe 22

Organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours au titre de l'année 2020



Colonel Grégory ALLIONE

Marseille, le 25 FEV. 2020

*Chef de corps
Directeur départemental des services
d'incendie et de secours
des Bouches-du-Rhône*

Note à l'attention

Dossier suivi par :
Capitaine Stéphane TRINCI
Groupement Formation

de

Mesdames et Messieurs les chefs de pôle,
chefs de groupement, chefs de centre, chefs de
service et chef du CTA-CODIS

N° 236154



Objet : Organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours au titre de l'année 2020.

P. jointe(s) : Guide de mise en œuvre de la formation continue dans le domaine des premiers secours au titre de l'année 2020 au sein du SDIS 13.

La direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) poursuit cette année l'expérimentation menée depuis 2018 en matière de formation continue (FC) dans le domaine des premiers secours. Cette formation continue est obligatoire.

L'objectif de l'expérimentation est d'assurer l'harmonisation des contenus abordés au sein de l'ensemble des structures institutionnelles ou associatives exerçant des missions de sécurité civile en matière de secourisme.

Depuis la parution de l'arrêté du 22 août 2019 relatif aux formations des sapeurs-pompiers, cette formation continue est incluse dans la formation de maintien et de perfectionnement des acquis (FMPA) des emplois opérationnels.

L'entretien des compétences des personnels demeure fondamental afin de garantir un service public de secours de qualité.

La présente note fixe les modalités de mise en œuvre de ces dispositions au sein de notre établissement.

.../...

Elle concerne :

- les formateurs de formateurs aux premiers secours (FFPS), *instructeurs nationaux de secourisme* ;
- les formateurs aux premiers secours (FPS), anciennement appelés *moniteurs nationaux des premiers secours* ;
- les intervenants : cadres, chefs d'agrès tout engin (CATE), chefs d'agrès une équipe (CAUE), chefs d'équipe (CE) et équipiers (EQ).

Sa mise en œuvre est détaillée dans le guide placé en pièce jointe.

Ce guide peut également être télécharger sur le site « intranet » dans la rubrique groupement Formation de l'intranet ou sur la plateforme AGORA-Formation.

La formation et la sensibilisation du grand public ne relèvent pas de la présente note.

Je vous invite à faire remonter au chef du groupement Formation, sous couvert de la voie hiérarchique, toute difficulté rencontrée en vue d'améliorer et d'optimiser ce dispositif.

Chacun en ce qui le concerne est chargé de l'application de la présente note.



Colonel Grégory ALLIONE

2. Programme de la formation continue :

Programme	Contenus	Ressources documentaires
Bilan circonstanciel	Canevas des bilans et de la surveillance Mise en œuvre	Formation de l'équipier SUAP Livret formateur Document stagiaire
Bilan d'urgence vital		
Bilan complémentaire suite à traumatisme		
Bilan complémentaire suite à malaise		
Surveillance de la victime		
Aide à la prise de médicaments	Indications et mise en œuvre	
Perte de connaissance	Définition, causes, risques, conséquences et signes. Conduites à tenir.	
Intoxications	Définition, causes, risques, conséquences et signes. Conduites à tenir.	
Traumatisme de la face ou de la face antérieure du cou	Définition, causes, risques, conséquences et signes. Conduites à tenir.	
Immobilisation générale sur un plan dur	Indication, justification, matériel, réalisation, risques et évaluation.	
Pose de l'attèle cervico-thoracique	Indication, justification, matériel, réalisation, risques et évaluation.	
Administration d'oxygène par inhalation	Indication, justification, matériel, réalisation, risques et évaluation.	
<i>NRBCe</i>	<i>Habillage/déshabillage des intervenants sapeurs-pompiers. Déshabillage des victimes invalides.</i>	
<i>Juridique</i>	<i>Cadre juridique opérationnel à usage des chefs d'agrès SUAP.</i>	<i>Guide JUR-OPS CA SUAP</i>

Les notions en italique correspondent aux choix retenus par le SDIS 13 parmi les propositions de programme optionnel.

Annexe 23

« Fiches dialogue » du centre de secours d'Allauch



FICHE BILAN ANGLAIS

Parlez-vous anglais ?	Do you speak english ?
Quelqu'un parle t-il français ?	Does anybody speak french ?
Vous m'entendez ?	Can you hear me ?
Serrez-moi la main	Hold my hand tight
Ouvrez les yeux	Open your eyes
Etes vous blessé(e) ?	Are you hurt ?
Où avez-vous mal ?	Where does it hurt ?
Ca fait mal ?	It won't hurt ?
Est-ce qu'il a perdu connaissance ?	Is he still conscious ? (Has he fainted)
Je dois prendre votre pouls	I must feel your pulse
Je dois prendre votre tension	I must check your blood pressure
Qu'est-ce qui ne va pas ?	What 's wrong ?
Avez-vous des vertiges ?	Do you feel dizzy ?
Suivez mon doigt	Follow my finger with your eyes
Ouvrez la bouche	Open your mouth
Tournez la tête	Turn the head
Respirez profondément	Breathe deeply
Ne respirez plus	Stop breathing
Fermez les paupières pour dire oui	Shut your eyes to mean yes
Faites oui avec la tête	(just) nod !
Faites non avec la tête	Shake your head
Faites comme moi	Do as i do
Toussez	Cough
Pouvez vous marcher ?	Can you walk ?
Pouvez vous lever ?	Can you stand up ?
Pouvez vous vous asseoir ?	Can you sit down ?
Allongez vous	Lie down
Asseyez vous	Sit down
Levez vous	Stand up
Détendez vous	Reelax
Ne parlez pas	Don't speack
Ne bougez pas	Don't move
Bougez	Move
Est-ce que vous sentez quelque chose là ?	Do you feel any pain here ?
Etes-vous enceinte ?	Are you pregnant ?
Est-ce que vous suivez un traitement ?	Are you following a medical treatment ?
Est-ce que vous avez pris des traitements ?	Have you taken any medecine ?
Tenez ça comme ça	Hold it like that



FICHE DIALOGUE

Comment vous appelez-vous ?	What's your name ?
Quel age avez-vous ?	How old are you ?
Quelle est votre adresse ?	What's your address please ?
Ne vous inquiétez pas	Don't worry
Nous savons ce que nous faisons	We know our job
Tout ira bien	Everything will be fine
Il va bien	He is all right
Ils vont bien	They are all right
Vos enfants vont bien	Your children are all right
Ils arrivent tout de suite	They are coming in a minute
Les médecins arrivent	The doctors are coming
Nous attendons les médecins	We're expecting the doctors
Nous allons à...(ville)	We are going to(town)
Nous vous emmenons à...(ville)	We are taking you to(town)
Où sont vos papiers ?	Where are your papers ?
La police s'occupe de votre véhicule	The police is taking care of your car
La police s'occupe de vos affaires	The police is taking care of your personal belongings
Votre autoradio	Your car-radio
Connaissez vous un hôpital ?	Do you know an hospital ?
Vous préférez un hôpital ?	Which hospital do you prefer ?
Nous attendons une place dans un hôpital	We're waiting for a free bed on hospital
Si vous ne voulez pas que je vous emmène à l'hôpital il faut me signer une décharge	I you don't want to be taken to hospital, you have to sign a discharge form
DIVERS	
1 - 2 - 3	One - two -three
4 - 5 - 6	Four - five - six
7 - 8 - 9	Seven - eight - nine
10 - 11 - 12	Ten - eleven - twelve
15 / 20 minutes	Fifteen / twenty minutes
½ heure	Half an hour
1 heure et quart / et demie	It is a quarter past one
1 heure moins le quart	It is quarter to one
1,6 kilomètre	One mile
Oui / non	Yes / No
Merci	Thank you
S'il vous plait	Please
Vos bijoux	Your jewels
Lunettes	Glasses
Montre	swatch

FICHE BILAN ITALIEN

Parlez-vous italien ?	Parla italiano ?
Quelqu'un parle t-il français ?	Qualcuna parla francese ?
Vous m'entendez ?	Mi sentite ?
Serrez-moi la main	Stringete mi la mano
Ouvrer les yeux	Aprite gli occhi
Etes vous blessé(e) ?	Siete ferito ?
Où avez-vous mal ?	Dove vi fa male ?
Est-ce qu'il a perdu connaissance ?	Avete perso conoscenza ?
Je dois prendre votre pouls	Devo misurare il suo polso
Je dois prendre votre tension	Devo misurare la pressione
Qu'est-ce qui ne va pas ?	Che cos'è che non va ?
Avez-vous des vertiges ?	Avete dei capogino
Suivez mon doigt	Seguite il moi dito
Ouvrez la bouche	Aprite la bocca
Tournez la tête	Giri la testa
Respirez profondément	Respirate profondamente
Ne respirez plus	Non respirare pui
Fermez les paupières pour dire oui	Chuida le palperbe per dire di si
Faites oui avec la tête	Fate cosi con la testa
Faites non avec la tête	Fate no cosi con la testa
Faites comme moi	Fate come me
Toussez	Tossica
Pouvez vous marcher ?	Puo camminare ?
Pouvez vous lever ?	Puo alzarsi ?
Pouvez vous vous asseoir ?	Puo sedersi ?
Allongez vous	Stendetevi
Asseyez vous	Sedetevi
Levez vous	Si alzi
Détendez vous	Rilassatevi
Ne parlez pas	Non parlare
Ne bougez pas	Non movetevi
Bougez	Movetevi
Est-ce que vous sentez quelque chose là ?	Sente qualcosa là ?
Etes-vous enceinte ?	Siete incinta ?
Est-ce que vous suivez un traitement ?	Ha fatto una cura ?
Est-ce que vous avez pris des médicaments ?	Ha preso medicine ?
Tenez ça comme ça	Tieni questo cosi

FICHE DIALOGUE

Comment vous appelez-vous ?	Come si chiama ?
Quel age avez-vous ?	Quanti anni hai ?
Quelle est votre adresse ?	Qualle il vostro indirizzo ?
Ne vous inquiétez pas	Tutto va bene
Nous savons ce que nous faisons	Sappiamo che cosa facciamo
Tout ira bien	Tutto va bene
Il va bien	Lui è sano
Ils vont bien	Lei sono sani
Vos enfants vont bien	Le vostre figli sono sani
Ils arrivent tout de suite	Arrivono subito
Les médecins arrivent	I medici arrivano
Nous attendons les médecins	Aspettiamo i medici
Nous allons à...(ville)	Andiamo in città di ...
Nous vous emmenons à...(ville)	Vi portiamo a ...
Où sont vos papiers ?	Dove sono i vostri documenti ?
La police s'occupe de votre véhicule	La polizia si occupa del vostro veicolo
La police s'occupe de vos affaires	La polizia si occupa della vostra roba
Votre autoradio	Vostra radio
Connaissez vous un hôpital ?	Conoscate un ospedale ?
Vous préférez un hôpital ?	Si preferisce un ospedale?
Nous attendons une place dans un hôpital	Aspettiamo un posto al' ospedale
Si vous ne voulez pas que je vous emmène à l'hôpital il faut me signer une décharge	Se non vuole che lo porto al' ospedale mi deve firmare una dichiarazione
DIVERS	
1 - 2 - 3	Uno - due -tre
4 - 5 - 6	Quattro - cinque - sei
7 - 8 - 9	Sette - otto - nove
10 - 11 - 12	Dieci - undici - dodici
15 / 20 minutes	Quindici minuti / venti minuti
Heure(s)	Mezz'ora
Heure et quart / et demie	Un'ora e mezza / un quarto
Heure moins le quart	Un'ora meno un quarto
Kilomètre	Kilometri
Oui / non	Si / No
Merci	Grazie
S'il vous plait	Per piacere
Vos bijoux	I suoi gioielli
Lunettes	Occhiali
Montre	orologio

FICHE BILAN ALLEMAND

Parlez-vous l'allemand ?	Sprechen Sie deutsch ?
Quelqu'un parle t-il français ?	Spricht jemand französisch ?
Vous m'entendez ?	Hören sie mich ?
Serrez-moi la main	Drücken sie meine Hand
Ouvrez les yeux	Öffen sie die augen
Etes vous blessé(e) ?	Sind sie verletzt ?
Où avez-vous mal ?	Wo tut es ihnen weh ?
Ca ne fait pas mal ?	Tut das nicht weh ?
Est-ce qu'il a perdu connaissance ?	Ist er bewusstlos gewesen ?
Je dois prendre votre pouls	Ich muss ihren puls messen
Je dois prendre votre tension	Ich muss ihren blutdruck messen
Qu'est-ce qui ne va pas ?	Was haben sie ?
Avez-vous des vertiges ?	Haben sie schwindel ?
Suivez mon doigt	Folgen sie meinen finger
Ouvrez la bouche	Öffen sie den mund
Tournez la tête	Drehen sie den kopf
Respirez profondément	Atmen sie tief
Ne respirez plus	Atmen sie nicht mehr
Fermez les paupières pour dire oui	Schliessen sie die augenlider um ja zu sagen
Faites oui avec la tête	Machen sie "ja" mit dem kopf
Faites non avec la tête	Schütteln sie den kopf um nein zu sagen
Faites comme moi	Sagen
Toussez	Husten sie
Pouvez vous marcher ?	Können sie gehen ?
Pouvez vous lever ?	Können sie sich aufstehen ?
Pouvez vous vous asseoir ?	Können sie setzen ?
Allongez vous	Legen sie sich hin
Asseyez vous	Setzen sie sich hin
Levez vous	Stehen sie auf
Détendez vous	Entspannen sie sich
Ne parlez pas	Spennen sie nicht
Ne bougez pas	Bewegen sie sich nicht
Bougez	Bewegen sie sich
Est-ce que vous sentez quelque chose là ?	Fühlen sie hier etwas ?
Etes-vous enceinte ?	Sind sie schwanger ?
Est-ce que vous suivez un traitement ?	Stehen sie unter behandlung ?
Est-ce que vous avez pris des médicaments ?	Haben sie medakamente eingenommen ?
Tenez ça comme ça	Halten sie es so

FICHE DIALOGUE

Comment vous appelez-vous ?	Wie heissen sie ?
Quel age avez-vous ?	Wie alt sind sie ?
Quelle est votre adresse ?	What ist ihre adresse ?
Ne vous inquiétez pas	Machen sir sich nicht sorgen um
Nous savons ce que nous faisons	Wir wissen was wir machen
Tout ira bien	Alles wird in bester ordnung sein
Il va bien	Er ist gesung (es geht, inhen gut)
Ils vont bien	Sie sind gesung
Vos enfants vont bien	Ihre kindern sind gesund
Ils arrivent tout de suite	Sie kommen gleich
Les médecins arrivent	Die ärzte kommen sofort
Nous attendons les médecins	Wir warten auf die ärzte
Nous allons à...(ville)	Wir fahren nach ...(stadt)
Nous vous emmenons à...(ville)	Wir bringen sie nach ...(stadt)
Où sont vos papiers ?	Wo sind ihre papiere ?
La police s'occupe de votre véhicule	Die poliezi kümmert sich um ihr fahrzeug
La police s'occupe de vos affaires	Die poliezi kümmert sich um ihr sachen
Votre autoradio	Ihr radio
Connaissez vous un hôpital ?	Können sie ein krankenhaus
Vous préférez un hôpital ?	Welches krankenhaus bevorzugen sie ?
Nous attendons une place dans un hôpital	Wir warten auf einen plats im krankenhaus
Si vous ne voulez pas que je vous emmène à l'hôpital il faut me signer une décharge	Wenn sie nicht wollen, dass ich sie ins krankenhaus bringe, dann müssen sie mir ein bescheinigung unterschreiben.
DIVERS	
1 - 2 - 3	Eine - Zwei - Drein
4 - 5 - 6	Vier - Fünf - Sechs
7 - 8 - 9	Sieben - acht - neun
10 - 11 - 12	Zehn - elf - zwölf
15 / 20 minutes	Fünfzehn / zwanzig minuten
½ heure	Einer halben stunde
Heure(s)	Studen
Heure et quart / et demie	Ein viertel nach...
Heure moins le quart	Ein viertel vor...
Kilomètre	kilometer
Oui / non	Ja / Nein
Merci	Danke
S'il vous plait	Bitte
Vos bijoux	Irhen schmuck
Lunettes	Brillen
Montre	Uhre

FICHE BILAN ESPAGNOL

Parlez-vous espagnol ?	Habla usted español ?
Quelqu'un parle t-il français ?	Alguien habla frances ?
Vous m'entendez ?	Me oye ?
Serrez-moi la main	Apriere la mano
Ouvrer les yeux	Abra los ojos
Etes vous blessé(e) ?	Esta usted herido (herida) ?
Où avez-vous mal ?	Donde le duele ?
Ca fait mal ?	Esto no duele ?
Est-ce qu'il a perdu connaissance ?	Se ha desmayado ?
Je dois prendre votre pouls	Tengo que tomarle el pulso
Je dois prendre votre tension	Tengo que tomarle la tension
Qu'est-ce qui ne va pas ?	Cual es el problema ?
Avèz-vous des vertiges ?	Tiene usted vertigos ?
Suivez mon doigt	Siga mi dedo
Ouvrez la bouche	Abre la boca
Tournez la tête	Gire la cabeza
Respirez profondément	Respire
Ne respirez plus	No respire
Fermez les paupières pour dire oui	Cierre los parpados para decir si
Faites oui avec la tête	Asienta con la cabeza si
Faites non avec la tête	Diga no con la cabeza
Faites comme moi	Haga lo que hago
Toussez	Tosa
Pouvez vous marcher ?	Puede usted caminar ?
Pouvez vous lever ?	Puede usted levantarse ?
Pouvez vous vous asseoir ?	Puede usted sentarse ?
Allongez vous	Acuestuse
Asseyez vous	Sientese
Levez vous	Levantese
Détendez vous	Relajese
Ne parlez pas	No hable
Ne bougez pas	No se mueva
Bougez	Muevase
Est-ce que vous sentez quelque chose là ?	Siente usted algo aqui ?
Etes-vous enceinte ?	Esta usted embarazada ?
Est-ce que vous suivez un traitement ?	Sigue usted un tratamiento
Est-ce que vous avez pris des médicaments ?	Ha tomado una medicina ?
Tenez ça comme ça	Coja eso asi



FICHE DIALOGUE

Comment vous appelez-vous ?	Como se llama usted ?
Quel age avez-vous ?	Cuantos anos tiene ?
Quelle est votre adresse ?	Cual es su direccion ?
Ne vous inquiétez pas	No se preocupe
Nous savons ce que nous faisons	Sabemos lo que halomos
Tout ira bien	Todo ira bien
Il va bien	Esta bien
Ils vont bien	Estan bien
Vos enfants vont bien	Sus hijos estan bien
Ils arrivent tout de suite	Llegan en seguida
Les médecins arrivent	Llegan los medicos
Nous attendons les médecins	Esparamos a los medicos
Nous allons à....(ville)	Vamos a la ciudad ...
Nous vous emmenons à....(ville)	Le llevamos a
Où sont vos papiers ?	Donde estan sus documentos ?
La police s'occupe de votre véhicule	La policia atiende su coche
La police s'occupe de vos affaires	La policia atiende sus cosas
Votre autoradio	Su autoradio
Connaissez vous un hôpital ?	Conoce usted un hospital ?
Vous préférez un hôpital ?	Que hospital prefiere ?
Nous attendons une place dans un hôpital	Esperamos una cama libre en il hospital
Si vous ne voulez pas que je vous emmène à l'hôpital il faut me signer une décharge	Si no quiere que lo lleve a un hospital tiene que firmar un papel
DIVERS	
1 - 2 - 3	Un - dos - tres
4 - 5 - 6	Cuatro - cinco - seis
7 - 8 - 9	Siete - Ocho - nueve
10 - 11 - 12	Diez - once - doce
15 / 20 minutes	Quince/ veinte minutos
½ heure	Media hora
Heure(s)	Hora (s)
Heure et quart / et demie	Una hora y cuarto / y media
Heure moins le quart	Una hora menos cuarto
Kilomètre	Kilometros
Oui / non	Si / No
Merci	Gracias
S'il vous plait	Por favor
Vos bijoux	Sus joyas
Lunettes	La gafas
Montre	El reloj

Annexe 24

Fiche récapitulative sur l'accouchement : pour les VSAV du SDIS 13

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE

1. BONNE ADAPTATION

→ Crie, rose, tonique, réactif, respire sans difficulté



- Sécher + bonnet
- Peau-à-peau : tête dégagée + couverture de survie
- Clamper le cordon : 1^{er} clamp 10-15 cm de l'ombilic, 2^{ème} clamp 3-5 cm plus loin
- Surveiller : respiration, couleur, tonus



2. RETARD OU MAUVAISE ADAPTATION

→ Ne crie pas, pâle ou cyanosé, hypotonique ou difficultés respiratoires



- Sécher + bonnet
- Clamper le cordon : 1^{er} clamp 10-15 cm de l'ombilic, 2^{ème} clamp 3-5 cm plus loin → **COUPER**
- Le placer sur le linge recouvert du champ de table
⇒ (cf fiche « réanimation nouveau-né »)

DELIVRANCE

- Laisser sortir le placenta **sans tirer** sur le cordon ± poussées
 - Le récupérer dans un récipient ou un sac
 - **Si hémorragie,**
 - Appeler le centre 15 pour avis médical
 - Quantifier les pertes sanguines
 - Masser fermement le ventre (en-dessous du nombril)
 - Mettre le nouveau-né au sein
 - Suivre consignes (médecin régulateur ou sage-femme)
 - Surveiller maman ++, la protéger **EFFICACEMENT** du froid

SDIS 13 ACCOUCHEMENT INOPINE EXTRA-HOSPITALIER VSAV

INSTALLATION

Répartition des rôles !

• Préparation :

→ Chef d'agrès :

- Réalisation bilan et transmissions au centre 15
- Gestion entourage

→ 1^{er} équipier :

- Installer maman :
 - Tête surélevée
 - Cuisses en flexion



○ Préparer matériel côté maman :

champ de table, champ d'accueil bébé absorbant, compresses, clamps de Barr, ciseaux et gants à usage unique, sacs DASRI

→ 2^{ème} équipier :

- Chauffer pièce + VSAV
- Préparer matériel accueil nouveau-né sur un linge recouvert d'un champ de table (si possible près d'une source de chaleur) : *bonnet, couverture du survie, aspirateur de mucosité manuel + seringue et sonde d'aspiration montées, BAVU nouveau-né + bouteille O₂, oxymètre de pouls, fiche « réanimation nouveau-né »*

• Prise en charge :

→ Chef d'agrès : accouchement ± réanimation nouveau-né

→ 1^{er} équipier : accueil nouveau-né ± aide à la réanimation

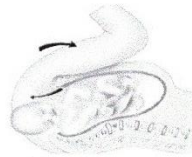
→ 2^{ème} équipier : gestion entourage ± si réanimation du nouveau-né surveillance maman, délivrance et éventuels saignements

ACCOUCHEMENT

Mettre gants propres
Glisser drap à usage unique sous les fesses

Faire pousser **pendant les contractions** :

- Si elle ressent un besoin irrésistible de pousser
- Si tête ou siège à la vulve



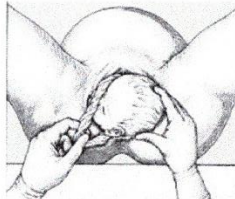
La future maman tient ses cuisses en hyperflexion

1. PRESENTATION CEPHALIQUE

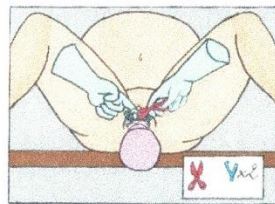
- Freiner la sortie de la tête avec la main à plat
- Vérifier absence de cordon au cou

Si cordon présent → arrêter la poussée :

- **Si le cordon est lâche,**
le passer par-dessus la tête



- **Si le cordon est serré,**
le clamper avec 2 clamps (écart 3-5 cm) et le couper ; enlever le cordon autour du cou



- Refaire pousser
- Accompagner l'expulsion en soutenant le bébé
⇒ **Il sort tout seul**
- Le saisir sous les aisselles et le poser sur la maman
⇒ **ATTENTION nouveau-né glissant ++**

→ Peau-à-peau

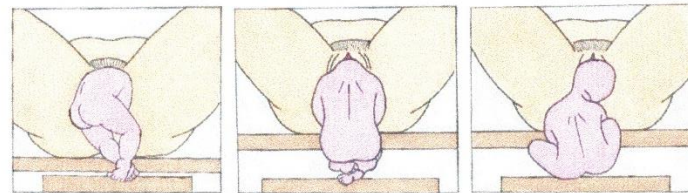
→ Noter l'heure de naissance

→ **Surveiller nouveau-né : respiration, couleur, tonus**

→ Surveiller maman : tension, fréquence cardiaque, saturation, saignements 2

2. PRESENTATION DU SIEGE

Demander un renfort médical en urgence → accouchement à risque +++
Rester en ligne (avec médecin régulateur ou sage-femme du centre 15)
⇒ Téléphone en haut-parleur

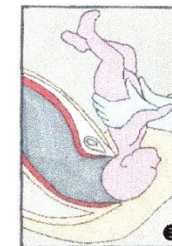
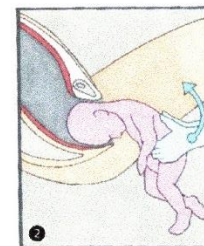
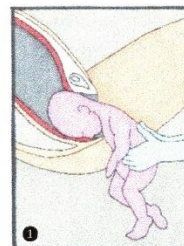
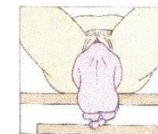


Siège à la vulve :

- Placer une surface plane quelques centimètres plus bas que les fesses de la maman
- Mettre **VOS MAINS DANS VOTRE DOS** jusqu'à la sortie complète du bébé (pour éviter de le toucher)
- Faire pousser **pendant les contractions**

➤ **Si tête bloquée (épaules visibles),**

- Faire pousser
- Saisir le bébé par le bassin ①
- Le basculer sur le ventre de sa maman ② ③
- ⇒ **Accompagner en douceur** la sortie de la tête



→ Peau-à-peau

→ Noter l'heure de naissance

→ **Surveiller nouveau-né : respiration, couleur, tonus**

→ Surveiller maman : tension, fréquence cardiaque, saturation, saignements 3

- ➔ Appeler le centre 15 pour conseils (médecin régulateur ou sage-femme)
- ➔ Téléphone en haut-parleur

➔ **ALLUMER CHRONOMETRE !**

Etapes :

- A. A 30s de vie après coupure cordon : si absence de cri, tonus faible ou absent, pâleur ou cyanose, difficultés respiratoires**
- Sécher vigoureusement + réchauffer



- B. Après 30s de séchage vigoureux : si absence d'amélioration**

- Tête en position neutre → libération voies aériennes
- Si encombrement, aspirer nez et bouche
- Puis si état inchangé
→ Ventiler : 40 insufflations à l'air en 1 min
- Mettre oxymètre de pouls



- C. Au bout des 40 insufflations, contrôler respiration + pouls :**

- **Pouls <60 bpm et il ne respire pas**, MCE (120/min) + insufflations avec apport d'O₂ à 15L (3 compressions / 1 insufflation)
- **Pouls perçu >60 bpm**, surveiller : respiration, couleur, tonus ± insufflations à l'air si difficultés respiratoires (40/min)



- **Le protéger du froid**
- Réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes

Fiche récapitulative sur l'accouchement : pour les VLM du SDIS 13

1. PRESENTATION CEPHALIQUE

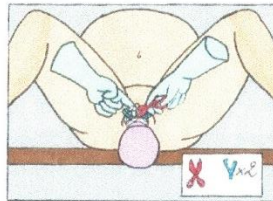
- Freiner la sortie de la tête
- Vérifier absence de cordon au cou

Si cordon présent → arrêter la poussée :

- **Si le cordon est lâche,**
le passer par-dessus la tête

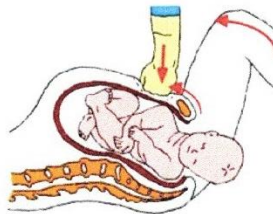


- **Si le cordon est serré,**
le clamper avec 2 clamps (écart 3-5 cm) et le couper ; enlever le cordon autour du cou



- Refaire pousser
- Accompagner l'expulsion en soutenant le bébé
⇒ **Il sort tout seul**
- Le saisir sous les aisselles et le poser sur maman
⇒ **ATTENTION nouveau-né glissant ++**

- **Si 1 épaule est bloquée :**
 - Hyperflexion des cuisses
 - Pression sus-pubienne par un équipier



- Peau-à-peau
- Noter l'heure de naissance + mettre 5 UI d'ocytocine en IVD
- Surveiller nouveau-né : respiration, couleur, tonus
- Surveiller maman : tension, fréquence cardiaque, saturation, saignements

SDIS 13

ACCOUCHEMENT INOPINE EXTRA-HOSPITALIER

VLM

INSTALLATION

- Répartition des rôles !

- **Matériel :**

→ Côté maman :

champ de table, champ d'accueil bébé absorbant, compresses, clamps de Barr, pince Kocher, ciseaux à usage unique, gants stériles, sacs DASRI

→ Coin accueil nouveau-né sur un linge recouvert d'un champ de table (si possible près d'une source de chaleur) :

bonnet, couverture du survie, aspirateur de mucosité + seringue et sonde d'aspiration montées, BAVU nouveau-né + bouteille O₂, oxymètre de pouls et scope, fiche « réanimation nouveau-né »

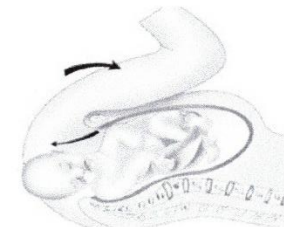
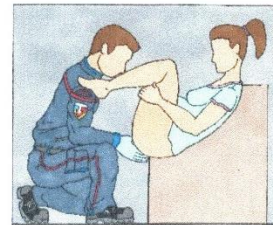
ACCOUCHEMENT

Mettre gants propres (paire stérile pour l'accoucheur)

Glisser drap à usage unique sous les fesses

Faire pousser pendant les contractions :

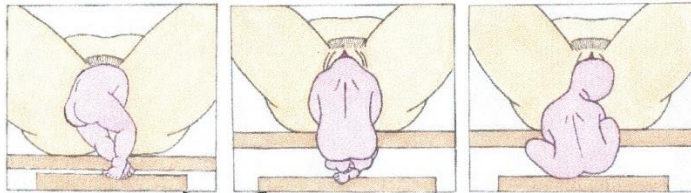
- Si elle ressent un besoin irrésistible de pousser
- Si tête ou siège à la vulve



La future maman tient ses cuisses en hyperflexion

2. PRESENTATION DU SIEGE

Appeler le centre 15 → accouchement à risque +++
 Rester en ligne (avec médecin régulateur ou sage-femme du centre 15)
 ⇒ Téléphone en haut-parleur

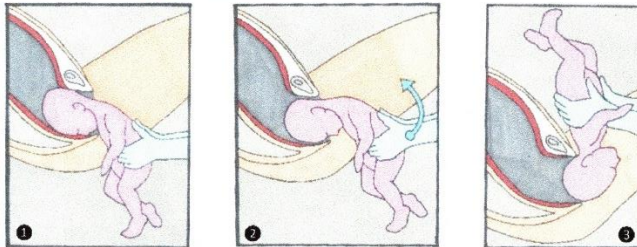


Siège à la vulve :

- Placer une surface plane quelques centimètres plus bas que les fesses de la maman
- Mettre **VOS MAINS DANS VOTRE DOS** jusqu'à la sortie complète du bébé (pour éviter de le toucher)
- Faire pousser **pendant les contractions**

➤ Si tête bloquée (épaules visibles),

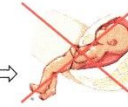
- Faire pousser
- Saisir le bébé par le bassin ❶
- Le basculer sur le ventre de sa maman ❷ ❸
- ⇒ **Accompagner en douceur** la sortie de la tête



- ➔ Peau-à-peau
- ➔ Noter l'heure de naissance
- ➔ Surveiller nouveau-né : respiration, couleur, tonus
- ➔ Surveiller maman : tension, fréquence cardiaque, saturation, saignements

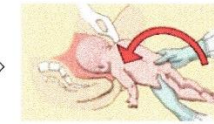
2

Naissance dos en AVANT



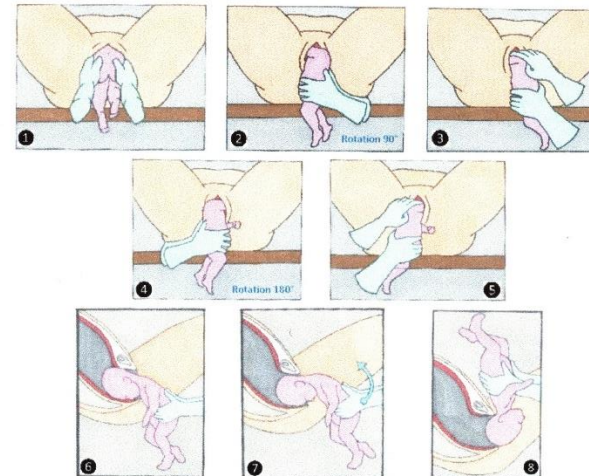
➤ Si dos tourne en arrière,

- Saisir le bébé par les hanches
- Le faire pivoter **SANS TRACTION**
- (Puis continuer avec manœuvre suivante)



➤ Si bébé bloqué aux omoplates, se mettre à genoux

- Saisir le bébé par le bassin avec un drap ❶
- Faire une anse au cordon
- 1) **Rotation 90°** vers le bas ❷ → sortir 1^{er} bras ❸
- 2) **Rotation 180°** dos en avant vers le bas ❹ → sortir 2^{ème} bras ❺
- 3) Ramener **dos face** à vous ❻
- Le basculer sur le ventre de sa maman ❼ ❽
- ⇒ **Accompagner en douceur** la sortie de la tête



- ➔ Peau-à-peau
- ➔ Noter l'heure de naissance + mettre 5 UI d'ocytocine en IVD
- ➔ Surveiller nouveau-né : respiration, couleur, tonus
- ➔ Surveiller maman : tension, fréquence cardiaque, saturation, saignements

3

NOUVEAU-NE

1. BONNE ADAPTATION

→ Crie, rose, tonique, réactif, respire sans difficulté



- Sécher + bonnet
- Peau-à-peau : tête dégagée + couverture de survie
- Clamper le cordon : 1^{er} clamp 10-15 cm de l'ombilic, 2^{ème} clamp 3-5 cm plus loin et couper
- Surveiller : respiration, couleur, tonus



2. RETARD OU MAUVAISE ADAPTATION

→ Ne crie pas, pâle ou cyanosé, hypotonique ou difficultés respiratoires



- Sécher + bonnet
- Clamper le cordon : 1^{er} clamp 10-15 cm de l'ombilic, 2^{ème} clamp 3-5 cm plus loin et couper
- Le placer sur le linge recouvert du champ de table
⇒ (cf fiche « réanimation nouveau-né »)

DELIVRANCE

- Mettre la pince Kocher à la vulve
- Pince descend → laisser sortir le placenta sans tirer sur le cordon ± poussées
 - Le récupérer dans un récipient ou un sac
 - **Si hémorragie,**
 - Réanimation standard choc hémorragique
 - Quantifier les pertes sanguines
 - Mettre 10 UI d'ocytocine IVL dans 500 mL G5%
 - Masser fermement le fond utérin
 - Obtenir la vacuité vésicale
 - Surveiller maman ++, la protéger EFFICACEMENT du froid

→ Faire le certificat de naissance même sur papier libre si délivrance faite !

SDIS 13

REANIMATION NOUVEAU-NE

VLM

- Appeler le centre 15 pour conseils (médecin régulateur ou sage-femme)
⇒ Téléphone en haut-parleur

→ ALLUMER CHRONOMETRE !

Etapes :

A. A 30s de vie après coupure cordon : si absence de cri, tonus faible ou absent, pâleur ou cyanose, difficultés respiratoires

- Stimuler + réchauffer



B. Après 30s de stimulation : si absence d'amélioration

- Tête en position neutre → libération voies aériennes
- Si encombrement, aspirer nez et bouche
- Mettre oxymètre de pouls et scope
- Puis si état inchangé
→ Ventiler : 40 insufflations à l'air en 1 min



C. Au bout des 40 insufflations, contrôler respiration + fréquence cardiaque :

- **FC <60 bpm**, MCE (120/min) + ventilation avec apport d'O₂ à 15L (3 compressions / 1 insufflation)
- **FC entre 60 et 100 bpm**, ventilation au BAVU en air ambiant avec FV = 40/min
- **FC >100 bpm**, surveiller : respiration, couleur, tonus



- Le protéger du froid
- Réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes

Annexe 25

Fiche bilan complémentaire de la femme enceinte

SDIS 13	FICHE BILAN COMPLEMENTAIRE FEMME ENCEINTE	VSAV
---------	--	------

- **Date prévue d'accouchement :** _____

- **Mouvements du fœtus :** oui / non

- **Contractions :** oui / non
 - Heure de début : _____
 - Régularité : oui / non
 - Fréquence : toutes les __ min

- **Pertes de sang :** oui / non

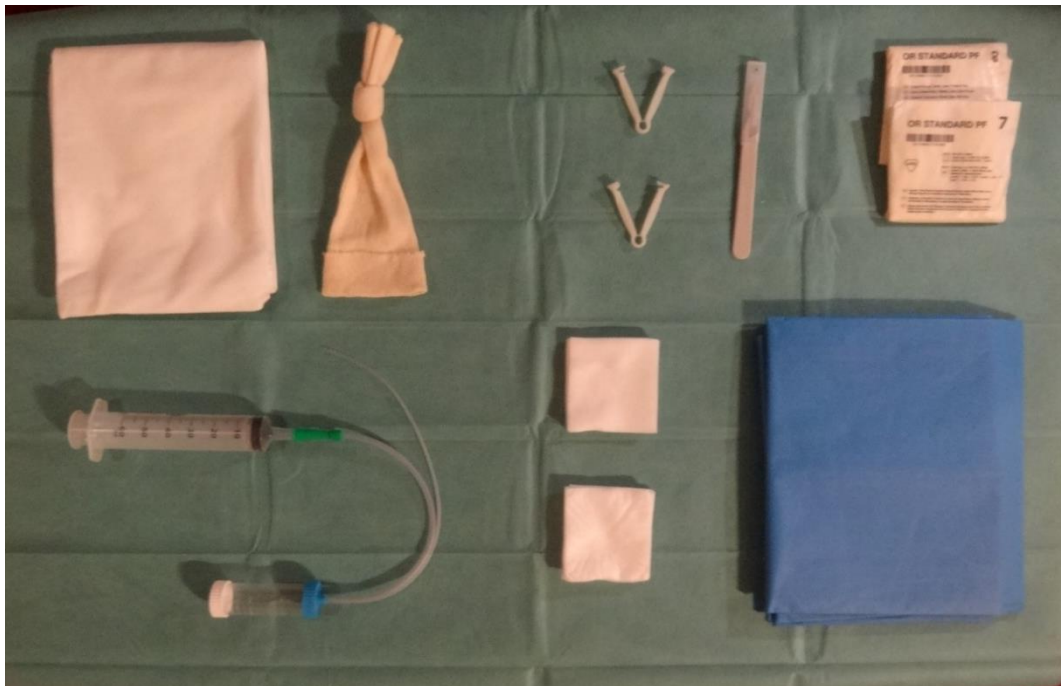
- **Pertes de liquide :** oui / non
 - Heure de rupture : _____
 - Couleur : clair / teinté

- **Nombre d'accouchements (parité) :** _____

Annexe 26

Contenu des sets « accouchement » des sapeurs-pompiers du SDIS 13

1. Set « accouchement » des VSAV



2. Set « accouchement » des VLM



VIII. Glossaire

AIEH : Accouchements Inopinés ExtraHospitaliers

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

AR : Ambulance de Réanimation

ASVP : Agent de la Surveillance de la Voie Publique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BAU : Bande d'Arrêt d'Urgence

BAVU : Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle

BMPM : Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille

BNS : Brevet National de Secourisme

CAMU : Capacités d'Aide Médicale Urgente

CFAPSE : Certificat de Formation Aux Premiers Secours en Equipe

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CIS : Centre d'Incendie et de Secours

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

COSSIM : Centre Opérationnel des Services de Secours et d'Incendie de Marseille

CS : Centre de Secours

CTA : Centres de Traitement des Alertes

DDSC : Direction de la Défense et de la Sécurité Civile

DGSCGC : Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DPH : Docteurs Praticiens Hospitaliers

ENSOSP : Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers

FFPS : Formateurs de Formateurs de Premiers Secours

FMA : Formation de Maintien des Acquis

FMPA : Formation de Maintien et de Perfectionnement des Acquis

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MCE : Massage Cardiaque Externe

NRBCe : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique, Chimique, explosif

PDE : Poche Des Eaux

PSE : Premiers Secours en Equipe

RUSH : Réa.Urgences-SAMU-Hyperbarie

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAP : Secours A Personne

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPIA : Score Prédicatif d'Imminence de l'Accouchement

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

SUAP : Secours d'Urgence Aux Personnes

VLM : Véhicule Léger Médicalisé

VRM : Véhicule Radio Médicalisé (*remplacé par VLM*)

VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés (*remplacé par VSAV*)

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Résumé

Introduction : Les pompiers sont en première ligne face aux accouchements inopinés extrahospitaliers, situation peu fréquente mais régulière, à caractère atypique et anxiogène.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'apprécier les difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une femme enceinte et d'un accouchement inopiné extrahospitalier ainsi que le niveau d'appréhension et de stress des marins-pompiers et sapeurs-pompiers lors d'une intervention impliquant une femme enceinte. La finalité étant de proposer des réponses à leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Matériels et méthode : Une pré-enquête exploratoire sous forme d'entretiens suivie d'une étude prospective descriptive avec questionnaires ont été menées auprès des médecins, infirmiers, chefs d'agrès et équipiers VSAV du BMPM et du SDIS 13.

Résultats : 45 médecins, 44 infirmiers, 301 chefs d'agrès et 205 équipiers VSAV ont répondu à ce questionnaire. L'étude a mis en évidence une formation dans ce domaine très succincte, un niveau d'appréhension et de stress supérieur aux autres interventions pour tous, avec comme difficultés principales la communication, le terrain d'intervention et l'éloignement.

Conclusion : Des propositions d'amélioration ont été formulées afin de répondre aux besoins des pompiers (professionnels de santé et de secours) et d'optimiser la prise en charge de ces interventions. La sage-femme a un rôle important à jouer, à la demande des pompiers, pendant les formations, les interventions et le post-interventionnel.

Mots-clés : pompiers, SDIS 13, BMPM, accouchement inopiné extrahospitalier, femme enceinte, formation

Summary

Introduction : The firefighters are on the front line to face unexpected out-of-hospital deliveries, rare but regular atypical situations, inducing anxiety.

Objective : The objective of this study was to assess the difficulties encountered in the care of a pregnant woman and of an unexpected out-of-hospital delivery as well as the level of apprehension and stress for the firefighters from Marseille and firefighters from Bouches-du-Rhône during an intervention involving a pregnant woman. The purpose is to provide answers to their needs in order to improve the management of pregnant women and newly borns.

Materials et method : An exploratory pre-survey in the form of interviews followed by a descriptive prospective study using questions were conducted with doctors, nurses, team leaders and VSAV emergency teams, first responders from Marseille and Bouches-du-Rhône.

Results : 45 doctors, 44 nurses, 301 team leaders and 205 VSAV team members answered this questionnaire. The study highlighted a very succinct training in this particular field, a level of apprehension and stress higher than for the other interventions for all, with as main difficulties the communication, the field of intervention and the distance covered.

Conclusion : Improvement proposals were made in order to meet the needs of firefighters (health and rescue professionals) and to improve the management of these interventions. The midwife has an important role to play, at the request of firefighters, during trainings, interventions and after the interventions.

Key words : firefighters, SDIS 13, BMPM, unexpected out-of-hospital delivery, pregnant woman, training