



HAL
open science

La prise en charge des accouchements extrahospitaliers par les sapeurs-pompiers lozériens

Léa Conzimu

► **To cite this version:**

Léa Conzimu. La prise en charge des accouchements extrahospitaliers par les sapeurs-pompiers lozériens. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03411726

HAL Id: dumas-03411726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03411726>

Submitted on 2 Nov 2021

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**La prise en charge des accouchements
extrahospitaliers par les sapeurs-pompiers lozériens**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

CONZIMU Léa

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**La prise en charge des accouchements
extrahospitaliers par les sapeurs-pompiers lozériens**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

CONZIMU Léa

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Merci à *Madame Marie-Pierre Tédor*, ma directrice de mémoire, pour l'intérêt qu'elle a apporté à mon travail.

Merci à *Monsieur Arnaud Loyer*, médecin-chef du SDIS 48 et co-directeur de mon mémoire sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à *ces pompiers* qui sont devenus des amis chers à ma vie et à ce travail, une pensée particulière à *mon chef de centre* pour sa grande aide.

Merci *aux pompiers* que j'ai rencontré pour ce mémoire, pour votre temps, vos récits d'expériences et votre sincérité. Également à *ceux* qui m'ont aidé dans l'ombre.

Merci à *toutes ces sages-femmes* dont j'ai croisé le chemin et particulièrement *une*, « bonnes ou mauvaises expériences cela reste une expérience ». Vous avez en partie fait de moi cette future professionnelle.

Merci à *tous les couples, toutes les femmes* que j'ai pu rencontrer tout au long de mon parcours, je vous dois un peu de moi-même.

Alisée, Clémence, Elé, Lucie, Laura, Margaux, Maëlle et Mathilde, vous évidemment, ces amies si précieuses sans qui ces études n'auraient pas été si riches.

Merci à *mes parents* pour votre soutien sans faille et à ces *personnes parties* sans voir le résultat de ces années...

Et puis *vous*, qui me lisez !

Citation

*« Notre métier nous amène régulièrement à accompagner des personnes en fin de vie
alors que nous sommes que très peu confrontés à donner la vie. »*

Nico, pompier

Abréviations

AEH : Accouchement extra hospitalier

AIEH : Accouchement inopiné extra hospitalier

SA : Semaine d'aménorrhée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SIS : Service d'incendie et de secours

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SSSM : Service de santé et de secours médical

ISP : Infirmier sapeur-pompier

PATS : Personnel administratif technique et spécialisé

PSE : Premier secours en équipe

PLS : Position latérale de sécurité

CTA : Centre de traitement de l'alerte

CRRA : Centre de réception et de régulation de l'appel

SPIA : Score prédictif de l'imminence de l'accouchement

BPM : Battements par minute

CIS : Centre d'incendie et de secours

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

FC : Fréquence cardiaque

Sommaire

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

A.	<u>LES ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS</u>	3
I.	Définition	3
II.	État des lieux en France	3
III.	État des lieux dans le monde	7
B.	<u>LE SYSTEME DE SECOURS</u>	7
I.	En France	7
II.	En Lozère	9
C.	<u>LE CORPS DES POMPIERS</u>	9
I.	Définitions et caractéristiques de la population	9
II.	Les interventions	11
III.	La formation	12
IV.	Connaissances	14
D.	<u>LA PRISE EN CHARGE D'UN ACCOUCHEMENT EXTRAHOSPITALIER</u>	17
I.	La régulation	17
II.	Sur le terrain	19
E.	<u>LA GESTION PSYCHOLOGIQUE, LE RESENTI DES EQUIPES</u>	26

POPULATION ET METHODE

A.	<u>POPULATION DE L'ETUDE</u>	29
B.	<u>METHODE</u>	29

RESULTATS

A.	<u>DONNEES GENERALES</u>	32
I.	Déroulement de l'étude	32
II.	Caractéristiques de la population de l'étude	32
B.	<u>ANALYSE DU CONTENU DES ENTRETIENS</u>	32
I.	Expérience	32
II.	Ressenti des pompiers	33
III.	L'intervention	37
IV.	Formation	40
V.	Une personne ressource, référente	44
VI.	Particularité Lozérienne	45

DISCUSSION

A.	<u>ATTEINTE DES OBJECTIFS</u>	47
B.	<u>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE</u>	47
I.	Les limites de l'étude	47
II.	Les forces de l'étude	47
C.	<u>DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE</u>	48
I.	Caractéristiques de la population étudiée	48
II.	Vécu	49
III.	Intervention	50
IV.	La formation	54
D.	<u>PROJET D'ACTION</u>	56
I.	Une amélioration de la formation	56
II.	Intervention d'une sage-femme au décours de la formation des pompiers	58
III.	Une amélioration des moyens	58
IV.	La place d'une sage-femme au sein du SDIS	59

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

Dans la société française, l'accouchement se déroule majoritairement en milieu hospitalier, en effet, les accouchements extrahospitaliers ne sont pas la norme (1).

En Lozère, il y a principalement des sapeurs-pompiers volontaires, ce sont des hommes et des femmes qui prennent de leur temps libre, de famille ou professionnel pour assurer des missions en tant que sapeur-pompier. La majorité des interventions consiste en du secours à la personne incluant les interventions pour accouchement extrahospitalier.

La topographie particulière de la Lozère, la disparité dans l'organisation du système de secours et l'unique maternité se trouvant à plus d'une heure et demie de route de certaines casernes compliquent les missions des sapeurs-pompiers.

La grande inquiétude ressentie par les sapeurs-pompiers face aux interventions pour accouchement extrahospitalier se retrouve dans les récits d'expérience et sur le terrain. Ce sentiment est renforcé par le manque de formation, de recommandations, de procédures et par la rareté des interventions.

De plus, au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) lozérien il n'existe pas de référent sage-femme comme il est possible de le voir dans d'autres départements.

Ainsi, il paraît intéressant de se questionner sur le vécu des sapeurs-pompiers lozériens face à une intervention pour accouchement extrahospitalier, ainsi que la place d'une sage-femme dans la formation, la prise en charge et dans les interventions.

Pour répondre à ces interrogations, la revue de la littérature fera l'état des lieux de l'accouchement extrahospitalier en France, des formations, des pratiques et du ressenti des sapeurs-pompiers. Une seconde partie présentera les caractéristiques de notre étude, suivies des résultats obtenus. Ces derniers seront ensuite analysés et discutés afin d'améliorer les pratiques et la formation des sapeurs-pompiers en fonction de leurs besoins et leurs attentes. La place de la sage-femme dans ce milieu sera également discutée au regard des résultats obtenus.

Revue de la littérature

A. Les accouchements extrahospitaliers

I. Définition

L'Accouchement ExtraHospitalier (AEH) est défini comme l'action de mettre au monde un enfant. « Extrahospitalier » signifie le fait que cet accouchement se produit en dehors d'une structure hospitalière.

D'une part, un accouchement extrahospitalier peut être « inopiné », impromptu (1), ce qui veut dire qu'il est imprévu, fortuit. D'autre part, il peut également être intentionnel, délibéré ou consenti. En effet, il faut faire la distinction entre ces deux cas de figures.

De nos jours la grande majorité des accouchements se déroule dans l'enceinte d'une structure organisée, tel qu'un hôpital, une clinique ou une maison de naissance (1). Une surveillance médicale est recommandée lors de l'accouchement par l'ensemble des sociétés savantes, cependant aucune loi ne l'y oblige (2).

L'accouchement inopiné est défini comme quelque chose de non préparé, « d'accidentel » (1) contrairement aux accouchements extrahospitaliers souhaités par le couple et programmés à domicile.

II. État des lieux en France

a. Les chiffres

L'accouchement à domicile était courant jusque dans les années 1950 mais dans le but d'améliorer la prise en charge et de réduire la morbi-mortalité maternelles et néonatales cette pratique n'est pas recommandée.

Actuellement, il existe une estimation de 0,5% de naissances extrahospitalières en France chaque année mais sa fréquence semble être en augmentation (1,3,4).

b. Caractéristiques

Depuis des années, il semble se dessiner un modèle aspécifique de femme accouchant à domicile mais aux caractéristiques souvent similaires (5).

1. Des accouchements nocturnes

Les accouchements extrahospitaliers ont lieu plus fréquemment la nuit (6). Probablement dû à une ambiance nocturne particulière, une vitesse de réaction beaucoup plus longue et

la difficulté de faire garder les enfants plus grands lorsqu'il s'agit de parturiente multipare*¹.

2. Lieu de naissance

D'après les études, le lieu d'accouchement le plus souvent retrouvé est le domicile de la parturiente (4–6). Il peut également se dérouler au cours du trajet menant à la maternité (en ambulance ou véhicule particulier), sur la voie publique ainsi que dans un autre service de l'hôpital, très souvent les urgences.

3. Age de la mère

Contrairement aux idées reçues les âges extrêmes ne sont pas surreprésentés puisqu'il s'agit de femme d'âge moyen estimé à 28,9 ans d'après les études retrouvées (5).

4. Présentation fœtale*

Dans la plupart des cas d'AEH, la présentation fœtale est céphalique* (4,7–9). En effet, avec ce type de présentation*, l'avancée du travail est facilitée par une bonne mécanique et dynamique de travail.

5. Consommation de toxiques

Certaines études mettent en évidence une prévalence élevée de femmes tabagiques (5,7), mais il n'existe pas de surreprésentation de femmes toxicomanes à toutes autres substances confondues.

6. Origine géographique

Les femmes d'origine étrangère semblent être surreprésentées (6,10). Les difficultés de compréhension des « instructions » relatives aux motifs de venue à la maternité, dues à une barrière de la langue peuvent parfois expliquer ces AEH. De plus, les différences culturelles, la volonté de non-médicalisation de l'accouchement et une situation irrégulière (absence de titre de séjour, couverture sociale insuffisante, etc.) peuvent également être la source de ces naissances extrahospitalières.

¹ Les termes suivis d'une « * » sont définis dans le glossaire

7. La délivrance

Dans la plupart des cas, la délivrance * se déroule à la maternité (6,7,10) mais peut être également effectuée par une équipe du SMUR. En effet, le moment de la délivrance est une étape anxieuse pour les équipes qui préfèrent laisser cette prise en charge au personnel hospitalier, les sages-femmes étant habituées à cette pratique.

8. Accompagnement par une tierce personne

Très souvent la parturiente met au monde son enfant en compagnie d'une autre personne, souvent le conjoint ou un/une ami(e) (5), une grande partie avec un personnel médical ou paramédical (SMUR, pompier) (7). Lorsque la parturiente se trouve loin du centre hospitalier, elle accouche toute seule ou en présence d'un tiers car les secours n'ont pas le temps d'arriver sur les lieux.

c. Les raisons de l'AEH

1. Fermeture des maternités

En Finlande, une recrudescence d'AEH a suivi la fermeture de petites maternités (11). A l'image de toute l'Europe, l'état des lieux en France montre que la diminution du nombre de maternités est très importante passant de 1128 en 1981 à 816 en 1995 et 585 en 2006 (12). Elles sont de plus grande taille mais probablement avec des conditions de sécurité renforcées (13).

Il existe une disparité d'accès aux maternités entre les départements (13). En effet, la fermeture de ces maternités entraîne la perte de ce service dans certaines régions et ainsi augmente la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital pour les parturientes. Malgré cela, il n'a pas été démontré que la récente fermeture des maternités était associée à une augmentation des naissances extra hospitalières (11).

Par ailleurs, il ressort que le premier critère de choix d'une parturiente pour son lieu d'accouchement est l'accessibilité/la proximité avec la maternité. Dans les populations où les femmes n'ont qu'un seul choix de maternité, ce critère est le plus important. Ce choix est probablement corrélé avec l'appréhension d'accoucher à domicile ou sur le trajet domicile-hôpital (14).

2. Durée du trajet

La distance maternité-domicile est un facteur de risque majeur d'AEH (15). Il est vrai qu'en France, certaines zones rurales sont dépourvues de maternité. Des études ont révélé que les AEH dans ces zones étaient liés à la distance par rapport à la maternité la plus proche (12). Les femmes vivants à 30 kilomètres (km) ou plus de la maternité la plus proche ont un risque d'AEH beaucoup plus important que celles vivants à moins de 5km (12). Malgré cela, le temps moyen de parcours de ces femmes est inférieur à 20min (7).

3. Parité*

La multiparité semble être un facteur de risque d'AEH (2) puisque nous retrouvons une parité plus élevée que dans la population générale (2,5,8). Le temps de travail semble raccourci et peut favoriser une naissance extra hospitalière. Ayant déjà vécu au moins un accouchement, ces parturientes peuvent être moins stressées retardant ainsi l'appel des secours. Cependant, dans certaines études les nullipares* sont surreprésentées (6,7).

4. Situation psycho-sociale

Il est probable que les situations de précarité amènent à des AEH (2). Il existe une surreprésentation de femmes ayant un niveau socio-économique plus faible (2,5). Cependant, il n'y a pas d'explication concernant ce phénomène au vu du système de santé français puisque les frais d'accouchement et de séjour sont pris en charge à 100% (16).

5. Mauvaise observance du suivi de grossesse

Les parturientes confrontées au phénomène d'AEH bénéficient d'un suivi non régulier de la grossesse (6). Ceci explique probablement l'absence de connaissance des situations nécessitant la venue à la maternité (motifs de consultation en urgence) (5).

On compte également parmi les AEH des dénis de grossesse, ils sont tout de même minoritaires, mais peuvent expliquer ce phénomène (2,10).

6. Accouchement prématuré et prématurité

Les femmes accouchant en milieu extrahospitalier sont souvent des parturientes ayant connu durant leur grossesse des épisodes de menace d'accouchement prématuré (7).

Un nombre important de prématurité non sévère (entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée *) (5) et de nouveau-nés de petit poids sont retrouvés, bien que la plupart des AEH concernent des accouchements à terme (entre 37 et 40 semaines d'aménorrhée et six

jours) (8). De ce fait, ces nouveau-nés nécessitent parfois un recours à une hospitalisation dans un service de néonatalogie.

7. Raisons actuelles

Certains faits d'actualité pourraient être une raison supplémentaire d'AEH. Du fait de la pandémie de la COVID 19 à laquelle fait face notre pays, certaines parturientes semblent préférer accoucher à domicile sans accompagnement plutôt que de risquer la contamination au sein d'un service hospitalier (17).

III. État des lieux dans le monde

Les accouchements à domicile représentent 1% des naissances totales dans la plupart des pays Européens. En Ecosse 1,4% des accouchements se déroulent à domicile contre 1,8% pour l'Islande et 2,4% en Angleterre (18).

Les AEH représentent 30% des accouchements aux Pays-Bas (19) contrairement à la France où 99% des naissances ont lieu à la maternité. Une règle essentielle s'impose aux sages-femmes réalisant des AEH aux Pays-Bas : être à moins de 45 minutes de la maternité (20). Ce petit pays possède une organisation différente ainsi que des facilités de circulation, dans des régions reculées où les hôpitaux se trouvent trop loin, des maisons de naissance ont été créées (20).

En effet, aux Pays-Bas les femmes ont le choix d'accoucher à domicile ou en milieu hospitalier, malgré que les taux d'accouchement à domicile aient sensiblement diminué. Dans d'autres pays industrialisés le taux d'AEH semble plus faible puisqu'en Nouvelle-Zélande il s'élève à 3,4% contre 2,5 % aux USA (21).

B. Le système de secours

I. En France

a. Maillage territorial

La chaîne de secours est composée de différents intervenants participant à la prise en charge des victimes. Il existe deux services publics en France intervenant en matière de secours et de soin d'urgence : le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS).

b. Le SAMU

L'aide médicale urgente « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état » (22).

Le SAMU possède différentes missions : Il assure l'écoute médicale permanente, déclenche la réponse adaptée à l'appel, s'assure des moyens d'hospitalisations disponibles en fonction de l'état de la victime, organise le transport de celle-ci et veille à son admission (23).

Quant au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), celui-ci agit sur le terrain : Ces missions sont mentionnées dans l'article R. 6123-1 : « assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé. Assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet » (24). Pour ce faire, une équipe SMUR classique est constituée au minimum d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier et dans certaines équipes, une sage-femme peut être intégrée selon la typologie du départ.

c. Les SDIS

Le SDIS correspond au Service départemental d'Incendie et de Secours. Ces missions sont définies par le Code Général des Collectivités Territoriales. Dans ce celui-ci, on retrouve les missions suivantes : « *La protection des personnes, des biens et de l'environnement ; Les secours d'urgences aux victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophe ainsi que leur évacuation* » (25).

d. Spécificité : SSSM

Le SSSM est le Service de Santé et de Secours Médical, composé de médecins, pharmaciens, infirmiers et vétérinaires. Dans certains départements, d'autres professionnels en font partie en tant qu'expert tel que des psychologues, des kinésithérapeutes ou bien des sages-femmes.

D'après l'article 66 du décret n°99-1039 du 10 décembre 1999, les SDIS ont la possibilité de recruter des sages-femmes sous le statut d'expert. « *Les personnes disposant de compétences spécifiques dans un domaine lié aux missions des services d'incendie et de secours mentionnées à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales peuvent être engagées, si elles satisfont aux conditions prévues aux articles 5 et 6, en qualité de sapeurs-pompiers volontaires experts auprès des services d'incendie et de secours et dans leur domaine de compétence* ». Dans certains départements, des sages-femmes ont donc le statut d'expert dans le but entre autres de développer et d'adapter la formation obstétricale (26).

Le SSSM assure la formation des sapeurs-pompiers au secours à la personne et des missions de secours d'urgence (23).

Les médecins présents au sein du SSSM peuvent prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence. Les Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP) appartenant au service de santé peuvent être autorisés après formation spécifique à appliquer des protocoles (antalgie, convulsions, asthme, arrêt cardiaque...) (23).

II. En Lozère

La Lozère est un département rural, le moins peuplé de France avec 76 422 habitants au premier janvier 2019 et possède une superficie de 5168 km carré (27). Ce territoire aux reliefs escarpés rend la circulation délicate, surtout en période hivernale, et majore le rôle incontournable et indispensable du maillage des secours que représente les centres de secours du SDIS.

Le SDIS de Lozère est le plus petit de France (28). Il existe 29 Centres d'Incendie et de Secours (CIS) répartis sur le territoire lozérien avec un seul centre SAMU et SMUR pour couvrir tout le département, situé à Mende, ville chef-lieu où demeure également l'unique maternité de Lozère.

C. Le corps des pompiers

I. Définitions et caractéristiques de la population

a. Définition

Les missions des sapeurs-pompiers sont multiples et se diversifient de plus en plus. Il s'agit d'un service public qui est impliqué dans la prévention des risques de toute nature,

dans l'information, l'alerte des populations et dans la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes (29).

b. Sexe

Les sapeurs-pompiers sont majoritairement représentés par des hommes, mais de plus en plus de femmes se forment et intègrent des SDIS. En France, les femmes représentent 17% du personnel. Un sapeur-pompier sur six est une femme, le nombre augmente d'année en année. Il semblerait que dans le cadre de certaines interventions le fait d'avoir un personnel féminin dans son équipage soit d'une grande aide (30). En Lozère, sur les 700 sapeurs-pompiers volontaires, il y a seulement 126 femmes, soit 18% de l'effectif. En outre, parmi les 21 sapeurs-pompiers professionnels, il n'y a qu'une femme.

c. Age

La moyenne d'âge des sapeurs-pompiers volontaires en France est de 37 ans. Chez les professionnels la moyenne d'âge est de 42 ans (30).

d. SPP/SPV/PATS

Le corps des sapeurs-pompiers en France se répartit en trois catégories : Les sapeurs-pompiers militaires (brigade des sapeurs-pompiers de Paris, bataillon des marins-pompiers de Marseille et les Unités de Sécurité Civile (USC)), les sapeurs-pompiers professionnels et les sapeurs-pompiers volontaires.

En France, il y a 249 700 sapeurs-pompiers. 40 000 sont professionnels, 12 700 militaires et 196 600 sont volontaires ce qui représente 79% de l'ensemble. La population de volontaires est la plus représentée, ces hommes et femmes sont engagés dans les SDIS en plus d'exercer une autre profession (30).

La Lozère est un département particulier en ce qui concerne le corps des sapeurs-pompiers. L'effectif se répartit inégalement puisque 700 sapeurs-pompiers sont volontaires, 21 professionnels et 21 Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés (PATS). La majorité de l'effectif est représenté par les sapeurs-pompiers volontaires contre seulement 3% de sapeurs-pompiers professionnels.

e. Spécificités : SSSM

Le SSSM représente 5% de l'effectif des SDIS, ils sont très minoritaires et ne peuvent pas se rendre sur toutes les interventions (30).

En Lozère, le SSSM compte 23 médecins dont neuf femmes, 40 ISP dont 26 femmes, elles sont ici en supériorité numérique. En tant qu'expert le SDIS de Lozère compte deux psychologues, une vétérinaire, une pharmacienne ainsi qu'une préparatrice en pharmacie.

II. Les interventions

a. En France

En France, en 2018, les sapeurs-pompiers ont effectué 4 942 900 interventions sur notre territoire. La majeure partie du temps ces interventions concernent du secours à la personne (4 132 500 interventions) représentant environ 84% des interventions totales.

Les incendies concernent 305 500 interventions et les opérations diverses 452 200 (30).

Le secours à personne rassemble plusieurs missions : assurer la mise en sécurité des victimes, pratiquer du secourisme en équipe y compris ceux du prompt secours, réaliser le cas échéant l'envoi des renforts (23). Le prompt secours est défini dans la circulaire du 18 septembre 1992 comme « *L'action de secouristes agissant en équipes et qui vise à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer des gestes de secourisme : "Son intérêt réside dans son caractère réflexe"* » (31).

Quant au SSSM, il est intervenu sur 220 300 interventions représentant 5% des secours à victime + accident de la circulation (30).

b. L'AEH en Lozère

En faisant une rétrospective sur les dix dernières années (**Annexe I**), nous avons pu dénombrer les interventions pour « accouchement inopiné » au sein du SDIS 48. Nous observons une augmentation bien marquée en 2019 avec 23 interventions. Les chiffres les plus bas concernent les années 2010 et 2013 avec respectivement huit et neuf interventions. Les autres années les chiffres sont stables entre 11 et 17. Nous pouvons aussi observer une distinction entre les différents types d'interventions : accouchement en cours à domicile, sur la voie publique ou accouchement imminent. En tête nous retrouvons l'accouchement imminent puis l'accouchement à domicile.

En Lozère, nous pouvons confirmer les hypothèses de certaines études concernant le lieu d'accouchement inopiné qui est majoritairement au domicile et non sur la voie publique.

III. La formation

a. En France

1. Une formation globale

Il existe tout d'abord une formation initiale, avec un module transverse incluant la base des connaissances communes, notamment en prompt secours. Par la suite les modules incendie, opérations diverses et Secours A Personne (SAP) (32) s'insèrent dans la formation.

Un devoir et une obligation de formation continue existe dans le but de maintenir ses connaissances et d'adapter la formation à l'évolution des pratiques et des recommandations (33).

La formation SAP contient le « Premier Secours en Équipe (PSE) » qui correspond au PSE1 et au PSE2 (34). Nous retrouvons dans cette formation des notions sur les malaises et affections spécifiques, les traumatismes, les urgences vitales et également les accouchements inopinés et la prise en charge du nouveau-né (35). Ces formations sont dispensées par des formateurs des unités d'enseignement de PSE ayant l'agrément Pédagogie Appliquée Emplois/activités de classe 1 (PAE1) (36).

Les formations sont plus ou moins disparates : par exemple la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris dispose de mannequins pour simuler la mécanique d'un accouchement tandis que le Bataillon des Marins-Pompiers de Marseille ne possède pas ce genre de matériel, ne les permettant pas de suivre des formations pratiques mais seulement des enseignements théoriques.

2. La sage-femme au cœur de la formation

Comme nous l'avons vu précédemment, les SDIS peuvent engager des sages-femmes au statut d'expert. Dans certains départements une sage-femme a ce statut au sein du corps des sapeurs-pompiers, celle-ci s'occupe des formations et quelques fois peut être appelée sur une intervention. Certains départements ont fait le choix d'intégrer une sage-femme dans leurs rangs dans un but formatif pour leurs équipes. Par exemple, une sage-femme a rejoint le SDIS 34, dans le Lot trois sages-femmes ont rejoint le SDIS également. Celles-ci passent dans tous les centres pour dispenser une formation aux sapeurs-pompiers sur la prise en charge de l'accouchement inopiné. Il semblerait que cette présence rassure les sapeurs-pompiers dans leur exercice ainsi que les patientes (37). De par ses compétences et son expérience malgré que ce soit des AEH, experte de la physiologie de la naissance

et de la mécanique obstétricale, elle semble être le professionnel le plus adapté pour sensibiliser les sapeurs-pompiers à ce type d'accouchement.

b. En Lozère

Au sein du SDIS de la Lozère, les formateurs n'ont pas recours à du matériel, seulement aux textes du PSE1 et PSE2.

Pour ce qui est des interventions, les sapeurs-pompiers lozériens ont à disposition un « kit accouchement » contenant divers outils/matériels comprenant des protections individuelles (un masque de soins, une sur-blouse, des gants stériles), le nécessaire pour l'accouchement (une serviette absorbante, des champs stériles, un pansement absorbant gynécologique), le nécessaire pour le nouveau-né (deux clamps, des ciseaux stériles, un bonnet, un filet tubulaire, une canule de Guédel pédiatrique).

c. Opinion et demandes sur la formation

Certaines recherches ont étudié l'opinion des sapeurs-pompiers sur la formation reçue à propos de ce sujet ainsi que l'utilité d'une formation complémentaire, il apparaît que les sapeurs-pompiers déplorent un manque de formation (38).

Pour la plupart d'entre eux les bases théoriques et les gestes de l'accouchement sont plutôt adaptés. Les gestes de bases pour le nouveau-né semblent moins appropriés avec une formation trop succincte, courte voir incomplète (39). Dans d'autres études, les sapeurs-pompiers semblent plus pessimistes et trouvent leur formation inadaptée à la prise en charge des femmes enceintes pour la moitié d'entre eux. Ils aimeraient avoir recours à plus de formations et plus de vidéos par exemple (40).

Les sapeurs-pompiers aimeraient avoir une conduite à tenir claire qui plus est dans les cas d'accouchements dystociques (41). La plupart semble d'accord sur le fait que des formations complémentaires seraient nécessaires (39,42). En premier lieu une formation sur mannequin est demandée par les sapeurs-pompiers ainsi que des cours théoriques (43). Effectivement, le fait de manipuler semble augmenter le taux de connaissances (42).

D'autres éléments semblent nécessaires au bon déroulement des interventions d'après les sapeurs-pompiers comme des « kit accouchement », des fiches mémo, du matériel de protection individuelle, du matériel pour le nouveau-né (serviette, linge, etc.) (42).

Enfin, d'après eux, l'intervention d'une sage-femme au cours de leur formation permettrait d'améliorer celle-ci en terme obstétrical (40).

IV. Connaissances

Les connaissances obstétricales et néonatales des sapeurs-pompiers ont été étudié, pour une meilleure compréhension nous utiliserons dans cette partie une sémantique pompier /secouriste et non médicale.

a. Connaissances obstétricales

1. Connaissance anatomique

Il semblerait que les sapeurs-pompiers aient des connaissances vagues à propos de l'anatomie. Le placenta, le liquide amniotique et le col de l'utérus ne sont pas visualisés à leurs places respectives (43). Il existe également certaines méconnaissances concernant le périnée et sa situation anatomique (42).

2. L'abordage

Lors de l'abordage, du premier contact avec la parturiente un bilan complet est réalisé dans la plupart des cas, associé à une anamnèse avec les éléments suivants : informations sur les contractions utérines, l'intégrité des membranes, le déroulement de la grossesse, la date de terme et la parité (43). Cependant, la présentation fœtale, le nombre de fœtus semblent ne pas être abordés par les sapeurs-pompiers (39).

3. Installation de la parturiente

Durant le transport, les sapeurs-pompiers installent la parturiente en décubitus dorsal pour la plupart d'entre eux, le syndrome cave par compression de la veine cave inférieure n'est pas connu par les sapeurs-pompiers. Certains d'entre eux auraient installé la parturiente en PLS (position latérale de sécurité) (44), mais sans connaître les bienfaits de cette position pour la parturiente et le fœtus.

Lors de l'expulsion, les sapeurs-pompiers installent la parturiente en position gynécologique (44).

4. Diagnostic du travail

Pour les sapeurs-pompiers, la rupture de la poche des eaux et les contractions utérines rapprochées sont des critères de mise en travail (39,43). Les contractions très douloureuses, l'envie de pousser, la présentation à la vulve et l'émission de selles ne semblent pas être toujours des raisons évidentes de mise en travail pour eux (39).

5. L'accouchement

En règle générale, les sapeurs-pompiers procèdent à la mise en place d'une oxygénothérapie (43). Dans la plupart des cas, un examen de la vulve est réalisé pour connaître l'avancée du travail ou l'imminence de l'accouchement (43).

Au moment de l'expulsion, les sapeurs-pompiers demandent à la parturiente de pousser pendant les contractions utérines (44).

Lors d'un accouchement d'une présentation céphalique, peu de sapeurs-pompiers aurait freiné la progression de la tête dans le but de limiter les lésions périnéales, cette connaissance n'est pas acquise (42,44).

6. Présence d'un circulaire

Une grande partie des sapeurs-pompiers vérifie la présence d'un circulaire *, mais en pratique ils ne savent pas comment le faire (39,42,43). Les sapeurs-pompiers retireraient le cordon le cas échéant (42,44). Si celui-ci est serré, le fait de clamber le cordon et de le couper est moins connu (42).

7. La délivrance

Les phases physiologiques de la délivrance ne sont pas connues contrairement au risque majeur d'hémorragie. Lors de la délivrance, aucune traction sur le cordon n'est à effectuer pour les sapeurs-pompiers (43). La conservation du placenta est réalisée (43,44).

Les saignements modérés et irréguliers après la délivrance sont analysés comme une situation normale. Mais une perte sanguine entre 500 millilitres et un litre n'est pas perçu comme pathologique, ceci peut expliquer une majoration des hémorragies de la délivrance en cas d'accouchement extra hospitalier. L'appréciation de la tonicité utérine quant à elle, n'est pas réalisée par les sapeurs-pompiers (44).

En cas de rétention placentaire et en l'absence de saignement, les sapeurs-pompiers n'auraient réalisé aucun geste et auraient transporté la parturiente à la maternité (44).

8. Accouchement de grossesse gémellaire*

Les sapeurs-pompiers ont de bonnes connaissances au sujet des grossesses gémellaires. Les risques recensés auprès d'eux sont : la prématurité, le manque de personnel et de matériel ainsi que les positions dystociques (44).

9. Accouchement de présentation podalique*

En cas de présentation podalique, les sapeurs-pompier réalisent la manœuvre de Vermelin malgré eux, en n'exerçant aucun geste qui pourrait être iatrogène. Un fort taux de non-réponse à cette question, signifie peut-être une absence de connaissance à ce sujet (44).

10. Prise en charge de la mère après l'accouchement

La surveillance des saignements paraît essentielle mais seule est réalisée celle des paramètres cliniques de la mère : pression artérielle, pouls (39,40,43).

b. Pédiatrique

1. Accueil du nouveau-né

Tout d'abord, les sapeurs-pompier installent le nouveau-né en peau à peau, le bonnet est mis rapidement mais reste facultatif pour certains d'entre eux (39,42,44).

Des contradictions sont retrouvés dans les études, pour certains couvrir et sécher le nouveau-né est primordial pour d'autre, ce n'est pas systématique (42,43).

Le fait de stimuler le nouveau-né est retrouvé dans la littérature, quelque fois même nous retrouvons des fausses croyances comme le fait de « taper » les fesses du nouveau-né dans le cas où il ne crie pas à la naissance (43).

Le clampage de cordon est connu seulement par certains sapeurs-pompier (44).

2. Les risques et la cotation de l'APGAR

D'après les sapeurs-pompier, le risque majeur pour le nouveau-né est la détresse respiratoire ensuite vient l'hypothermie, les traumatismes liés aux chutes possibles puis la mort subite (43).

Les équipes de sapeurs-pompier semblent connaître le score d'APGAR (en **annexe V**). Pour la plupart, le rythme cardiaque du nouveau-né doit être supérieur à 120 battements par minute (bpm), la coloration doit être rose, il doit crier, être tonique. Les notions concernant la respiration semblent être plus floues (44), la recherche de la tonicité n'est pas vraiment connue (39).

3. Lorsque la situation se dégrade

Si le nouveau-né est hypotonique et ne crie pas rapidement, les sapeurs-pompier clamperaient et sectionneraient le cordon puis sécheraient le nouveau-né et le

stimuleraient (43). Cependant, la stimulation n'est pas vraiment un acte évident pour tous les sapeurs-pompiers (39). Les étapes de la réanimation néonatale sont majoritairement connues en privilégiant la ventilation par rapport au massage cardiaque (44).

c. Acquisition des connaissances

Les connaissances des sapeurs-pompiers sont meilleures lorsqu'une sage-femme ou un obstétricien est intervenu au cours de leur formation (40,42). Les sapeurs-pompiers formés par une sage-femme réaliseraient de meilleurs bilans. La perception du degré d'urgence chez les sapeurs-pompiers n'ayant pas eu recours à une formation obstétricale avec une sage-femme est insuffisante. La durée ainsi que le nombre de formation concernant l'AEH améliore les connaissances des sapeurs-pompiers (42).

Plus le pompier est âgé, plus les connaissances sont élevées dus à l'expérience sur le terrain (38,40). On peut penser que le jeune personnel du fait de sa faible expérience pratique, possède moins de connaissances.

Le nombre d'intervention auprès des femmes enceintes semblent être aussi un critère favorisant les connaissances. A l'inverse, le fait d'avoir assisté à un accouchement n'est pas un facteur influençant celles-ci (40).

D. La prise en charge d'un accouchement extrahospitalier

I. La régulation

La première étape est l'appel pour déclencher des moyens de secours adaptés, trois numéros sont à la disposition de la population :

- Le 18 : les sapeurs-pompiers
- Le 15 : le SAMU
- Le 112 : appel d'urgence dans l'ensemble de l'Union Européenne.

Les opérateurs recevant les alertes assurent la prise en charge de l'appel dans les meilleurs délais et optimisent la réponse. Ils localisent l'appel, recherchent la nature de celui-ci et la gravité de la situation, envoient les moyens et un équipage adapté sur le terrain, transmettent les données nécessaires aux intervenants, ensuite ils assurent le suivi des interventions.

Ce déclenchement d'un moyen de transport va permettre d'évaluer la situation sur le terrain et de faire un « tableau » pour adapter les moyens à la situation en cours de la manière la plus rapide possible. Ceci est d'autant plus important pour le SAMU qui

s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à la victime (23). Il est nécessaire que la régulation de ses appels soit la plus complète et adéquate possible, pour créer une chaîne de secours sans faille et assurer une prise en charge optimale des victimes (9).

a. Les centres distincts : CTA/CRRA

Il existe deux centres distincts : le Centre de Traitement des Alertes (CTA) dans les SDIS (23). En France en 2018, 18 800 500 appels ont été pris par les opérateurs (30). La régulation médicale est opérée par le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU pour assurer une réponse médicale adaptée.

Pour optimiser la réponse en moyens adaptés, les deux centres sont interconnectés et communiquent également avec les services de police et de gendarmerie. Ils réorientent vers le centre compétent lorsque la demande ne concerne pas directement leur domaine d'action (45). Tous les appels reçus au CTA concernant le secours d'urgence à personne bénéficient d'un transfert d'appel vers le CRRA pour régulation médicale.

b. Directives

Le but de la régulation de ces appels est de déterminer l'imminence de l'accouchement, pour cela, les régulateurs possèdent divers outils.

Il est recommandé d'associer les scores de Malinas A et B en **annexe II et III** ainsi que le score prédictif d'imminence de l'accouchement (SPIA) en **annexe IV**. Cependant, il semblerait que leur pertinence et leur validité n'est pas vraiment unanime (46). Le score de Malinas semble être peu utilisé en pratique (8).

Le score de Malinas A prend en compte la parité, la durée du travail, la durée des contractions, l'intervalle entre les contractions ainsi que la perte des eaux. En fonction du score obtenu, il existe divers secours possibles : ambulance privée, VSAV, SMUR +/- avec une sage-femme. Le score de Malinas B est dédié à la dilatation cervicale* en fonction de la parité qui donne le « délai » fictif restant avant l'accouchement.

En plus des scores est pris en compte l'envie de pousser, la situation de la parturiente, la rapidité des précédents accouchements, s'il s'agit d'une multipare* etc. En pratique, très peu de médecins régulateurs du SAMU utilisent le score de Malinas (46).

Le score prédictif de l'imminence de l'accouchement SPIA comprend le motif de l'appel, s'il existe un contact avec la parturiente ou non, depuis combien de temps existe t'il

l'envie de pousser, le rythme des contractions, les facteurs aggravants (Antécédents d'accouchement rapide, à domicile, l'âge, le suivi de la grossesse).

Les experts semblent vivement recommander d'utiliser « la recherche de l'envie de pousser », qui semble être l'outil le plus simple d'usage (46).

c. Déclenchement des moyens

Un appel au 18 pour détresse vitale, quel que soit le lieu (public, privé, domicile...) donne lieu à un départ réflexe de la part d'un moyen sapeur-pompier (VSAV) du centre de secours le plus proche. Cet envoi est décidé par l'opérateur recevant l'appel avant toute régulation médicale qui sera faite systématiquement dans un second temps.

L'accouchement imminent ou en cours fait partie de la liste des départs réflexes. Nous savons dès lors, que si un appel est émis à propos d'un AEH un moyen du SDIS est engagé directement.

En cas de départ réflexe, un équipage de pompier dit de « prompt secours » est dépêché sur les lieux. La situation est réévaluée par le SAMU pour déclencher une équipe de SMUR (23).

II. Sur le terrain

a. Plan obstétrical

1. Conduite à tenir

Les instructions concernant « l'accouchement inopiné » sont inscrites dans les recommandations premiers secours (35). Nous utiliserons la terminologie secouriste employée dans ces textes. Nous y retrouvons plusieurs parties exposant différentes situations.

i. Parturiente n'ayant pas encore accouché

Il est conseillé d'installer la parturiente sur le coté, de réaliser un bilan d'urgence puis un bilan complémentaire rassemblant différentes informations : le suivi de grossesse et son déroulement, type de grossesse, la gestité*, la parité ainsi que le déroulement des grossesses et accouchements précédents, la date et le lieu prévu de l'accouchement, la voie d'accouchement, la présentation, l'heure du début des contractions, leur durée et l'intervalle entre celles-ci, pertes des eaux (durée d'ouverture de l'œuf et couleur). Par la suite un avis médical est demandé avec transmission du bilan.

Si le transport de la parturiente est possible, elle est installée allongée sur le côté et ceinturée puis surveillée durant le transport. Dans le cas contraire, l'accouchement devra être réalisé sur place.

Pour ce faire, il est recommandé de préparer le matériel nécessaire à l'accouchement : Gants à usage unique, masque, lunettes de protection pour se prémunir contre les projections de liquides biologiques, récipients pour recueillir les liquides biologiques et le placenta. Puis le matériel nécessaire à la prise en charge du nouveau-né : serviettes etc. Ainsi que le nécessaire pour une éventuelle réanimation du nouveau-né : bouteille d'oxygène avec insufflateur manuel pédiatrique, aspirateur à mucosité avec sonde adaptée, oxymètre de pouls.

Pour la réalisation de l'accouchement, il est conseillé d'installer la parturiente demi-assise, les cuisses en flexion et écartées.

Au moment des efforts expulsifs ou quand le crâne du bébé arrive à la vulve, il sera demandé à la patiente d'attraper ses cuisses et d'hyper fléchir ces dernières pour les ramener sur l'abdomen, ensuite pendant la contraction utérine il lui sera demandé de pousser vers le bas en retenant sa respiration.

Cette manœuvre sera répétée à chaque contraction jusqu'à l'apparition de la moitié de la tête du bébé. A ce moment-là, la patiente doit arrêter de pousser et le secouriste doit ralentir la sortie de la tête en la maintenant avec une main dans le but d'éviter les déchirures périnéales. Le but est d'accompagner la sortie spontanée du bébé : en maintenant sa tête avec 2 mains, sans s'opposer à sa rotation. Il est expliqué que généralement la tête du bébé regarde vers le bas et effectue une rotation d'un quart de tour. Ensuite, il faut vérifier s'il existe un circulaire du cordon, si c'est le cas, procéder à son dégagement. Il faut bien maintenir la tête du nouveau-né puis soutenir son corps. Il est mentionné de ne jamais tirer sur l'enfant.

Pour la suite, les sapeurs-pompiers doivent noter l'heure de la naissance, prendre en charge le nouveau-né et surveiller la mère jusqu'à la délivrance.

ii. Accouchement déjà réalisé

Les sapeurs-pompiers doivent réaliser un bilan complet de la mère et du nouveau-né, transmettre ces derniers et demander un avis médical puis appliquer les consignes reçues. Par la suite, il faut prendre en charge le nouveau-né et en l'absence d'équipe médicale, surveiller la mère et assister la délivrance.

Un chapitre dédié à la délivrance est développé, l'équipage de pompier se doit de « laisser sortir le placenta » sans tirer sur celui-ci ou sur le cordon ombilical. Il est recommandé de recueillir le placenta suite à son expulsion et de l'emmener à l'hôpital pour y vérifier son intégrité.

De plus, il est stipulé de s'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée, si tel est le cas il est conseillé de placer un pansement absorbant et « surveiller » la patiente (suivant le protocole établi en cas d'hémorragie extériorisée).

2. Complications possibles

Dans la majorité des accouchements extrahospitaliers, la situation est simple et sans complications (3) il semblerait que les décès maternels soient très rares, malgré que la situation puisse s'aggraver.

i. Circulaire du cordon

Un circulaire du cordon est une des complications les plus fréquemment retrouvées lors d'un accouchement, il peut être plus ou moins lâche, si celui-ci est serré il existe des risques de complications pour le fœtus (1,9). Pour éviter des complications dramatiques, cette situation est à diagnostiquer dans les plus brefs délais par les secouristes.

ii. Dystocie des épaules

Une dystocie des épaules * est une difficulté d'extraction fœtale après la sortie de la tête. (47). C'est un des phénomènes pouvant compliquer un accouchement, cependant lors d'AEH il s'agirait d'avantage de fausses dystocies dues à un élément iatrogène comme une mauvaise installation de la parturiente (1). Celle-ci peut donc être évitée en abordant la situation de manière optimale avec une meilleure installation.

iii. Procidence du cordon

La procidence du cordon est une urgence vitale, il s'agit de la chute du cordon avant la présentation fœtale, de ce fait le cordon est comprimé (48). Le sang circulant moins bien au sein de celui-ci, l'oxygénation du fœtus n'est pas optimale ce qui provoque une souffrance fœtale (1). Il est donc important pour les secouristes d'examiner la vulve avant d'inciter la parturiente à pousser.

iv. Procidence d'un membre

S'il existe une extériorisation d'un membre inférieur, il s'agit d'une présentation en siège complet. S'il existe une procidence d'un membre supérieur, la présentation est transverse et n'est pas compatible avec un accouchement voie basse, il est donc opportun de transporter la patiente à la maternité dans les meilleurs délais (1,49).

v. Rétention placentaire

D'après certaines études, la rétention placentaire est augmentée en cas d'accouchement extra hospitalier (5).

vi. Hémorragie du post-partum

L'hémorragie du post-partum est définie comme une perte de sang supérieure ou égale à 500 ml après l'accouchement (50), elle est la première cause de mortalité maternelle. Lors d'un accouchement en milieu médical les pertes sanguines sont facilement mesurables et quantifiables, pour un AEH la quantification est beaucoup plus difficile à réaliser, l'évaluation visuelle n'est pas vraiment fiable et sous-estime ces pertes (1). De ce fait, nous observons un retard de diagnostic et de prise en charge des hémorragies lors des accouchements extra hospitalier (4,5).

L'appréciation d'une hémorragie du post-partum semble reposer sur l'examen clinique, ainsi que sur la quantification des pertes avec la mise en place d'un récipient faisant office de sac de recueil dès la fin de l'expulsion (1,49).

Il apparaît que les hémorragies du post-partum ne soient pas vraiment augmentées au décours d'un AEH, mais qu'elles soient peut-être d'une gravité supérieure, dû également à la durée du transport (7). Comme nous l'avons constaté il est possible que ces hémorragies ne soient pas diagnostiquées ce qui expliquerait que le taux ne soit pas augmenté. Il est donc primordial de faire des efforts de diagnostic à ce sujet.

vii. Infection du post-partum

Les infections du post-partum semblent augmentées dans certaines études (5), ceci pouvant être expliqué par un manque d'hygiène lors des AEH.

viii. Déchirures

Au moment de l'accouchement, les forces s'appliquant sur le périnée sont multiples. Dans la population générale il existe un taux de déchirures périnéales de 28,7% tout degré

confondu (51). D'autres études retrouvent des taux de 20 à 60% de déchirures obstétricales toutes populations confondues (52).

Il n'existe pas de consensus à propos des déchirures périnéales, dans certaines recherches celles-ci seraient augmentées en cas d'AEH, mais nous ne pouvons pas évaluer la différence avec la population générale (7). Des études montrent que l'AEH est un facteur aggravant les lésions périnéales (2), d'autres ne trouvent pas de différence significative. Le risque de déchirures périnéales pourrait être augmenté du fait de la mauvaise installation de la parturiente, de la mauvaise visualisation du périnée, du stress etc. (10).

b. Plan pédiatrique

1. Conduite à tenir

Les instructions sur la conduite à tenir concernant le nouveau-né sont évoquées dans les recommandations premiers secours (35). Nous utiliserons la terminologie secouriste employée dans ces textes.

La conduite à tenir initiale consiste en l'installation du nouveau-né en peau à peau avec la tête dégagée. Puis, l'examen du nouveau-né à l'aide de gants à usage unique, avec pour critères principaux : son cri, sa respiration, son tonus, sa coloration (une pâleur doit alerter les secouristes)

i. Nouveau-né considéré en bonne santé

Le nouveau-né est considéré en bonne santé lorsqu'il présente une respiration, un cri vigoureux et un tonus vif.

Les recommandations premier secours conseille de clamber le cordon après minimum 1 minute de vie, puis de le couper.

Un point essentiel est abordé : la protection du nouveau-né contre le froid. Il faut sécher le nouveau-né avec une serviette sèche et tiède par tamponnement, envelopper le nouveau-né dans des serviettes, vêtements chauds et secs pour le prémunir des courants d'airs en évitant de couvrir la face, la tête sera couverte d'un bonnet. Il faut également couvrir la mère. Puis les sapeurs-pompiers procèdent à la surveillance du nouveau-né.

Par la suite, le nouveau-né devra être transporté dans un système fermé et fixé (Incubateur, lit-auto)

ii. Le nouveau-né n'est pas en bonne santé

D'après les recommandations premiers secours, le nouveau-né n'est pas en bonne santé s'il ne respire pas, ne crie pas, ne présente pas une respiration normale, est hypotonique. Il faut dans ce cas, demander un avis médical d'urgence et débiter les manœuvres de réanimation.

Pour procéder aux manœuvres de réanimation il est conseillé de placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge, puis placer sa tête en position neutre pour libérer les voies aériennes. Si nécessaire, les sapeurs-pompiers peuvent aspirer sa bouche et ses narines de manière prudente.

Si malgré cela son état reste inchangé, 40 insufflations à l'air en 1 minute seront réalisées. Dans le cas où le thorax ne se soulève pas après 5 insufflations, il faut vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.

Durant tout ce temps, si l'équipage de pompier possède le matériel adéquat, il est conseillé de monitorer le nouveau-né : fréquence cardiaque, saturation en oxygène.

Si l'état du nouveau-né reste inchangé : une Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) sera mise en œuvre avec apport complémentaire en oxygène : 3 compressions thoraciques (fréquence environ 120/min) et 1 insufflation. La pose de défibrillateur n'est pas conseillée.

Il faut réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes, et adapter la prise en charge.

Si l'état du nouveau-né s'améliore, s'il crie, respire et s'agite, les sapeurs-pompiers mettront en œuvre une surveillance respiratoire. S'il y a persistance d'un doute, il est conseillé de reprendre la RCP.

Conduite à tenir en fonction de la Fréquence Cardiaque (FC) :

- FC inférieure à 50bpm : RCP avec apport d'oxygène comme décrit précédemment.
- $60\text{bpm} < \text{FC} < 100\text{bpm}$: insufflations à l'air sans compressions thoraciques.
- FC supérieure à 100bpm : surveillance étroite du nouveau-né

2. APGAR

Pour évaluer l'état d'un nouveau-né en salle de naissance nous utilisons le score d'APGAR à retrouver en **annexe V**. Sans le savoir, les sapeurs-pompiers l'utilisent en recherchant le tonus du nouveau-né, sa coloration et sa respiration.

3. Complications possibles

Les complications néonatales retrouvées en cas d'accouchement extrahospitalier sont calquées à celles présentes en maternité, mais peuvent être alourdies par les circonstances extra hospitalières.

i. Morbidité innée

Malgré que l'âge gestationnel à la naissance soit souvent compris entre 38 et 40SA, il existe plus de prématurité (inférieur à 37SA) que dans la population générale (6,43).

La plupart des nouveau-nés sont eutrophes* mais nous retrouvons quelquefois des hypotrophes*. Il existe un poids de naissance plus faible chez ces nouveau-nés, ceci peut être expliqué par la prématurité ou bien la précarité (6).

ii. Morbidité induite

a. L'hypothermie

Une hypothermie est présente lorsque la température centrale est inférieure à 36°C (53). Celle-ci correspond à la principale morbidité néonatale (6,43). Cette complication semble très fréquente, voir toucher 50% des cas dans certaines études. Elle peut avoir des conséquences sur le pronostic fonctionnel et vital ultérieur du nouveau-né (49), il s'agit d'un facteur de risque d'autres complications comme l'hypoglycémie, l'acidose et certaines pathologies pulmonaires (4).

b. Hypoglycémie

L'hypoglycémie correspond à une glycémie inférieure à 40 mg/dL soit inférieure à 2,2 mmol/L chez un nouveau-né à terme (54). Bien que rares, certains cas d'hypoglycémie sont retrouvés (7), il en existe d'avantage dans la population d'AEH que lors des naissances en milieu hospitalier (6).

c. Détresse respiratoire

Les taux de détresse respiratoire semblent augmentés dans la population de nouveau-nés issus de naissances extra hospitalière (7).

d. Infections néonatales

Les infections néonatales sont plus fréquentes chez les nouveau-nés issus d'AEH, parfois associé à une étiologie infectieuse. L'environnement extrahospitalier avec une hygiène moindre peut probablement expliquer ce phénomène (6).

iii. Hospitalisation des nouveau-nés

Un grand nombre de nouveau-né issu d'AEH est hospitalisé par la suite, parfois dû à une prématurité (7).

iv. Mortalité

La mortalité néonatale semble augmentée lors d'AEH (6). Elle est souvent dû à des complications de type circulaire, rétention tête dernière n'ayant probablement pas pu être pris en charge du au contexte extrahospitalier (7).

E. La gestion psychologique, le ressenti des équipes

Si l'accouchement reste une intervention magique, elle n'en est pas moins angoissante car elle nécessite une prise en charge double, de la mère et de l'enfant. Plusieurs études ont été faites sur les connaissances obstétricales et néonatales des sapeurs-pompiers, sur le profil des femmes accouchant en extra hospitalier, mais très peu ont abordé le ressenti des équipes.

Il semblerait tout d'abord que les équipes du SMUR, aux connaissances plus approfondies que les sapeurs-pompiers soient également stressés et parfois mal à l'aise face à ce genre d'intervention. Ces émotions semblent dues à un manque de pratique et de remise à niveau (41,55).

En sachant que des professionnels de santé se sentent stressés face à un accouchement inopiné, on peut penser que chez une équipe de pompier le stress soit encore plus décuplé. Assurément, il existe une appréhension chez les sapeurs-pompiers (38). Certains d'entre eux décrivent un stress plus important que pour d'autres interventions (43). Ils soulèvent le problème de manque de pratique et de ne pas être bien préparés à ce type d'intervention (41). En effet, la plupart des sapeurs-pompiers redoutent plus un départ pour « femme en couche » que pour douleur thoracique, personne inconsciente ou malaise.

Il semblerait que le ressenti des sapeurs-pompiers soit le même quel que soit les formateurs et le type de formation : ils se sentent en difficultés (40).

Les sapeurs-pompiers professionnels se sentent moins à l'aise que les volontaires (40). Il ne semble pas y avoir de différence significative entre les femmes et les hommes malgré les idées reçues. Certains hommes ont révélé que ce genre d'intervention signifie rentrer dans l'intimité d'une femme, un certain caractère pudique en ressort (40,41). Il ne semble pas y avoir de différence par rapport à l'âge, au temps d'exercice, au fait d'avoir déjà assisté à un accouchement. Mais les sapeurs-pompiers étant moins intervenus auprès des femmes enceintes se sentent plus détendus et sereins. Ceux ayant déjà été confrontés à cela ont conscience des risques obstétricaux, de l'ampleur de ce genre d'intervention et des émotions éprouvées au cours de celle-ci. (40)

Population et méthode

A. Population de l'étude

I. Échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude a été constitué selon une stratégie non probabiliste d'échantillonnage, sur la base du volontariat chez des sapeurs-pompiers lozériens.

a. Critères d'inclusion

Les femmes et hommes inclus dans l'étude devaient répondre aux critères d'inclusion suivant :

- Être sapeur-pompier volontaire au sein du département de la Lozère
- Être en exercice

b. Critères d'exclusion

L'unique critère d'exclusion était le fait de ne pas être en exercice.

II. Schéma d'étude

a. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu des sapeurs-pompiers lozériens en matière d'accouchement extrahospitalier.

b. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont de connaître la formation et faire un point sur les connaissances des sapeurs-pompiers lozériens, d'explorer leurs besoins et leurs attentes. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la perception du rôle de la sage-femme, experte de la physiologie de l'accouchement dans la formation et l'exercice des sapeurs-pompiers.

B. Méthode

I. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude qualitative à visée descriptive et interprétative à partir d'entretiens individuels semi-directifs. Des questions ouvertes ont permis aux personnes interrogées de disposer d'un espace libre de parole. Cet entretien regroupe plusieurs questions gravitant autour :

- Du ressenti des sapeurs-pompiers

- De la prise en charge d'un accouchement extra hospitalier
- De la formation reçue

II. Le mode de recueil des données

Ces entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (**Annexe VI**).

Divers thèmes ont été explorés :

- Données générales et personnelles de chaque participant
- Expériences personnelle et professionnelle des sapeurs-pompiers en termes d'accouchement
- Formation existante et attendue sur l'accouchement et prise en charge du nouveau-né
- Ressentis, besoins et axes d'amélioration

Des entretiens sont réalisés en face à face pour que les participants soient plus à l'aise et que certaines expressions ne soient effacées par la distanciation physique et l'usage de technologies. Les différents entretiens ont été effectués durant cinq mois, du 14 octobre 2020 au 28 février 2021. Le premier entretien, servant de mise à l'épreuve pour le guide d'entretien a finalement été gardé et analysé.

La durée des entretiens varie entre 24 à 54 minutes, ils ont été enregistrés par le biais d'un dictaphone avec l'accord de chaque participant et retranscrit sur un logiciel de traitement de texte, les données non verbales ont également été analysées.

III. Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein des différentes casernes de tout le département.

La population a été sollicitées via un courriel explicatif de l'étude accompagné d'une lettre d'information (**Annexe VII**). A l'issue, onze entretiens ont été réalisés.

IV. Le mode d'analyse des données

Les données verbales et non verbales ont été analysées grâce au procédé d'analyse thématique du contenu.

La première étape est une analyse thématique verticale du contenu à partir des verbatim obtenus. Cette analyse a permis de faire ressortir au final différents grands thèmes englobant des catégories. Ensuite l'analyse horizontale a permis d'avoir une vision

globale des différents thèmes retrouvés dans les différents verbatim. Dans les résultats à venir, tous les extraits de verbatim sont cités entre guillemets et en italique.

V. Les aspects éthiques et règlementaires

a. Avis de comités consultatifs

L'étude a fait l'objet d'un avis favorable du Comité scientifique ainsi que d'une déclaration du Délégué à la Protection des Données (DPD) qui a été validée le 14 octobre 2020.

Également, une autorisation a été demandée au médecin chef du SDIS 48 pour la réalisation de cette étude.

b. Information et consentement

Une information écrite concernant l'étude a été diffusée par courriel au sein de toutes les casernes lozériennes. Une lettre d'information expliquant le but de l'étude, l'anonymat et la sécurisation des données a également été transmise.

De plus, un consentement oral a été demandé avant chaque entretien ainsi qu'un consentement écrit (**Annexe VIII**), accompagné d'explications complémentaires concernant l'étude.

c. Anonymat

Les entretiens ont été anonymisés de sorte à ce que les participants ne puissent être identifiés, les prénoms des sapeurs-pompiers interrogés ont été changés par des lettres au moment de la retranscription.

Les enregistrements ont été archivés dans un fichier informatique sécurisé et seront détruits à la fin de l'étude.

Résultats

A. Données générales

I. Déroulement de l'étude

Au terme de la période de recueil de données, onze entretiens ont été réalisés dans six des 29 casernes du département lozérien.

Les entretiens ont duré entre 18 et 55 minutes pour une durée totale d'enregistrement vocal de 386 minutes. La retranscription de chaque entretien a nécessité environ trois heures de travail par entretien soit un total d'environ 33 heures.

II. Caractéristiques de la population de l'étude

L'échantillon se composait de 11 sapeurs-pompier, trois femmes et huit hommes actuellement en exercice. Ceux-ci sont âgés de 22 à 52 ans, leur durée de carrière s'étale de six à 28 ans de service. Un seul d'entre eux a exercé en tant que sapeur-pompier volontaire hors du département lozérien et un en tant que sapeur-pompier militaire à la Brigade des Sapeurs-Pompier de Paris. Concernant les grades, trois sont des hommes du rang (deux caporaux et un caporal-chef), six sous-officiers (sergents, sergent-chef et adjudant-chef), deux officiers (lieutenants).

Du côté personnel, six d'entre eux ont des enfants. Deux d'entre eux, exercent une profession touchant au milieu médical en tant qu'infirmier et un parmi les deux est également ISP.

Le tableau présenté en **annexe IX** résume les caractéristiques de la population de notre étude.

B. Analyse du contenu des entretiens

I. Expérience

a. Expérience personnelle

Quatre pompiers sur 11 n'ont pas vécu d'accouchement dans leur vie personnelle, les autres pompiers masculins ont assisté à l'accouchement de la mère de leurs enfants et un personnel féminin a vécu son propre accouchement. Une seule expérience professionnelle a été retrouvée.

b. Récit d'accouchement

Six pompiers interrogés ont entendu des récits d'accouchement au sein des pompiers ainsi qu'au sein de leur vie personnelle, « *ma sœur est née dans une ambulance, avec les*

pompiers » nous dit K. Nous pouvons remarquer qu'entre hommes c'est plutôt le rôle du père qui est raconté comme l'explique A « *on m'a souvent raconté le rôle du papa qui est en fait minime* ».

Ces récits ne semblent pas vraiment intéresser les pompiers puisque comme nous le dit A, « *ce n'est pas le genre de récit pour lesquels je me passionne* » car ceci est quelque chose d'intime.

c. Expérience professionnelle

La grande majorité de la population a participé à un accouchement au sein des pompiers, c'est le cas de neuf pompiers interrogés. Comme H « *des accouchements on en a fait, mais pas concrètement* », la plupart du temps les pompiers arrivent lorsque le nouveau-né est né ou alors pour faire le transport de la parturiente à l'hôpital.

D'autres ont participé à l'accouchement, comme A qui décrit cet événement : « *c'est en fait la victime, donc la dame, avec son mari, qui est en train d'accoucher là sur le parking* »

II. Ressenti des pompiers

a. Aisance face à l'AEH

Il semblerait que le même état d'esprit soit partagé par la plupart des pompiers.

1. Champ lexical de la peur

Dans la totalité des entretiens réalisés, le champ lexical de la peur est très présent. D nous fait notamment part de ses craintes : « *de l'inquiétude* », « *je peux te dire que je languissais de la poser* », « *tu fais un accouchement qui tourne au vinaigre, toute ta vie tu l'as dans la tête hein* » A, lui, précise que « *la plupart des personnels, [...], ont des grosses appréhensions* ». E traduit ses inquiétudes en nous relatant son état de « *stress* ». Le fait d'être très peu confronté à ce genre d'intervention rajoute du stress comme l'explique K qui semble « *un peu stressé, (puisque c'est) quelque chose qu'on ne fait pas souvent, voir jamais* ».

Un sentiment particulier semble émaner de ce genre d'intervention puisqu'une certaine pression existe notamment dans le fait qu'il ne faille « *pas se louper* » comme nous le relate I. La peur résulte également de la libération de l'hormone du stress chez J qui ressent « *de l'adrénaline parce (qu'il a) peur que ça se passe mal* ».

2. Les éléments rassurants

Certains éléments sont plutôt rassurants pour les pompiers, par exemple le fait d'avoir un personnel médical dans le véhicule comme le dit C estimant avoir de la « *chance (d'avoir) une infirmière dans le VSAV* ». L'expérience professionnelle peut également être un confort comme nous le précise J qui a « *moins peur en tant qu'infirmier* ». En outre, D nous relate une de ses interventions au sein de laquelle un « *médecin et son épouse sage-femme* » étaient présents conduisant ainsi à une diminution de l'appréhension : « *le stress a été vite enlevé* ».

Les différentes aides techniques sont à prendre en compte dans l'étude de l'état de l'esprit des pompiers lors de cette intervention. Ces aides peuvent être représentées par des « *pense-bêtes dans le camion* » nous précise B.

3. Sentiments positifs

Beaucoup de sentiments positifs émanent également de ces interventions pour K c'est une intervention à vivre « *on a envie de découvrir ça, ça me plairait ouais* », « *je serais excitée* » dit J. B nous avoue « *je partirais avec de la pression mais de la pression positive je pense* ».

b. Le vécu des pompiers

1. Le ressenti

Les pompiers s'accordent sur le fait que cette intervention apporte une pression supplémentaire « *mais un bébé on se doit de [...] sauver un gamin qui né* » comme l'explique D.

Un sentiment particulier émane de cette intervention d'après la plupart « *c'était un grand moment, dans l'équipe on s'en souvient* » dit A, ou encore le rêve de J « *c'est mon rêve, [...] c'est quelque chose d'heureux* ». Vivre cette intervention est aussi considéré comme une chance d'après A « *ça peut être une belle inter car certains pompiers en font zéro, moi j'ai eu la chance d'en faire* ».

Malgré cela, les pompiers ne sont pas à l'aise avec ce genre d'intervention comme l'explique C, « *non je ne serais pas à l'aise c'est sûr que non* »

2. Les déterminants

Le statut au sein des pompiers semble modifier le vécu de cette intervention comme l'explique J « *quand j'étais première classe ou caporal j'aurais été mitigée, maintenant* »

que je suis sergent je serais contente ». Comme le dit E « *j'ai plus connu de moments de stress en tant qu'équipier* », il semblerait donc que plus on évolue en grade et en expérience, moins ce type d'intervention est stressante.

Le statut parental est une aide bénéfique au vécu de cette intervention comme le dit J « *le fait d'être parent ça peut beaucoup aider, c'est un CV* » ou encore « *le fait d'avoir été père, ça, ça m'a vachement aidé* » d'après D.

L'âge semble également être un des déterminants « *Cette gêne oui, on peut dire cette gêne, j'imagine un gamin de 18-20ans [...] ouais je serais curieux de connaître leur état d'esprit* » dit D, « *l'expérience et l'âge a fait changer les choses* » dit J.

Le sexe rentre également en jeu comme l'explique D « *moi à mon âge j'appréhende ce genre d'intervention alors un jeune, je dirais même un mec avec ce rapport homme/femme à cet âge-là...* », « *je pense que les pompiers hommes ont plus de stress que les femmes* » en effet les hommes semblent beaucoup moins à l'aise avec ce genre d'intervention.

Le vécu de cette intervention dépend aussi de la constitution l'équipage d'après F « *j'avais quand même de la chance [...] j'avais un ISP, un étudiant infirmier et deux sapeurs-pompiers de la Brigade [...] un équipage performant* »

3. Une intervention particulière, inhabituelle

L'accouchement inopiné est une intervention sortant de l'ordinaire et particulière pour les pompiers comme le dit K qui précise qu'« *une mise au monde c'est quelque chose de particulier* », « *la naissance... c'est particulier je trouve, t'as un petit truc en plus* » dit I.

Il existe un sentiment très ambivalent pour la plupart d'entre eux comme l'explique A « *on a l'habitude de faire des gens qui sont en fin de vie mais donner la vie on ne le fait jamais ou très rarement* », I semble avoir le même ressenti « *tu es là pour aider la personne à mettre quelqu'un au monde alors que d'habitude c'est plutôt l'inverse, on est là pour éviter que la personne passe de l'autre côté...* »

C'est une intervention inhabituelle pour laquelle les pompiers n'ont pas les automatismes qu'ils ont pu acquérir pour toutes autres interventions comme l'explique C « *l'accouchement je ne sais pas je n'ai pas d'automatisme* »

c. La place du relationnel au cours de cette intervention

1. Rôle, organisation de l'équipe

L'équipage semble s'organiser en fonction du sexe des pompiers, en effet, lorsqu'une femme est présente sur intervention, elle occupe un rôle prépondérant comme le dit I « *c'est quasi impératif qu'il y ait un personnel féminin* », en effet, « *par rapport au ressenti de la victime* » G pense que « *quand il y a un personnel féminin (il faut essayer) de le prendre* ».

L'équipage s'organise aussi suivant la parentalité des différents pompiers présents, comme l'explique J « *je prendrais un pompier déjà papa pour qu'il m'aide* ». Les pompiers parents semblent être plus actifs lors de ce genre d'intervention.

En fonction de l'âge, les rôles ne sont pas les mêmes non plus, les plus jeunes semblent avoir « *un rôle important mais dans l'ombre* » comme l'explique F, par exemple pour « *préparer le matériel, le kit accouchement* » comme le dit J.

Comme nous en fait part B « *si (il n'y a pas) de femme et surtout pas notre étudiante ou sage-femme dans le VSAV, je prendrais la manœuvre en tant que femme* », le métier des pompiers présents sur l'intervention est déterminant, surtout dans l'organisation de l'équipe comme l'explique F « *j'étais ISP donc on m'a mis entre les jambes de la maman* ».

Malgré cela parfois « *l'ISP (n'était) pas rassurée non plus malgré qu'elle ait accouché deux fois* » comme le dit A.

2. La relation avec le couple, la femme

La plupart des pompiers semblent tisser un lien avec le couple, comme le dit K « *un lien va se créer c'est sûr, un lien assez proche, c'est un peu l'intimité du couple, de la femme* » pour d'autres moins nombreux, le ressenti est différent « *c'est un sentiment qui est très éphémère [...], un lien qui est quand même beaucoup à sens unique* » dit A.

Il émane de cette intervention beaucoup de reconnaissance des parents envers les pompiers comme l'explique F « *les parents étaient venus nous remercier* ».

Parfois il existe aussi des difficultés de communication comme l'a vécu G « *elle a refusé l'évacuation donc il a fallu parlementer un moment* ».

3. Relationnel au sein de l'équipage pompier

Ce type d'intervention crée un lien particulier au sein de l'équipage de pompier comme l'explique A en faisant une comparaison : « *c'est comme quand on fait le premier mort* ».

(en tant qu') équipier, ça crée quelque chose et en fait ça va le suivre toute sa carrière, il saura que c'était avec cet équipage là qu'il a fait son premier mort, pour les accouchements c'est pareil ».

Une ambiance particulière au sein de l'équipage existe « au début tout le monde se cherche un peu du regard, et on se demande si on va y arriver » dit A, puis « on s'est plus ou moins soutenus en se disant l'autre va y arriver » pour F.

Ce genre d'intervention reste un sujet très souvent abordé comme l'explique A, « c'est une inter dont on parle encore, et ça a créé un lien un peu plus particulier que sur les autres inters »

De plus, le débriefing semble très important au sein de l'équipe comme le dit F il faut un « gros moment de décompression [...] (pour) parler de ça »

4. Relation avec l'équipe médicale

Un accompagnement téléphonique médical avec le SAMU est possible « tu fais le 15 et tu as un médecin hein » dit D.

Les différents pompiers s'accordent à dire que la présence d'une équipe médicale est rassurante et attendue « on (est) content de les voir arriver » pour A ou alors E qui « était super content quand le pédiatre est arrivé », de plus, la plupart des pompiers comme K « espère que le SAMU monte toujours » pour ce genre d'intervention.

L'équipe médicale du SAMU quant à elle, ne semble pas à l'aise non plus avec ce genre d'intervention, malgré qu'ils soient infirmier ou médecin « il était en panique, il n'était vraiment pas rassuré » comme le dit A.

La place des pompiers paraît différente lorsque l'équipe médicale arrive comme l'on peut comprendre avec A « l'équipe médicale est arrivée on s'est un peu effacés »

Parfois, d'autres personnels médicaux se rendent sur place, les pompiers ont la possibilité de « faire venir un médecin ou une sage-femme » comme nous l'explique G.

III. L'intervention

a. Prise en charge de l'accouchement

1. Gestion du contexte de l'intervention

Les pompiers abordent le contexte à gérer, la famille, le papa etc. En effet, il y a « pas mal de monde à gérer autour de la victime principale, enfin, pas victime mais en terme pompier... » dit I. Il est vrai que l'environnement n'est pas le même que pour une intervention lambda chez les pompiers. La plupart du temps lors des interventions les

pompiers font sortir les témoins, ici, la prise en charge ne serait pas la même, « *là que ce soit le papa, un proche [...] je pense que je le garderais dans la pièce pour rassurer la maman* » comme l'explique B.

2. L'aspect technique

Les gestes techniques ne semblent pas connus des pompiers comme le dit G « *non je ne connais pas les gestes, non* ». Un seul pompier sur les 11 interrogés semble avoir connaissance des gestes à réaliser pendant l'accouchement, dû, il semblerait à son expérience en tant que pompier de Paris, de plus celui-ci explique que grâce à son « *petit retour d'expérience* » certains gestes se mettront en place sur une prochaine intervention de ce genre « *maintenant une fois que la tête est sortie avant de demander de pousser, je contrôle s'il n'a pas le cordon autour du cou* ».

3. L'anamnèse

La plupart des pompiers pense à poser des questions à la femme concernant ses antécédents, ses grossesses précédentes, « *si c'est son premier accouchement* », des informations à propos des « *contractions* », « *si elle a fait les eaux ou pas* » comme l'explique H.

4. L'aspect psychologique

La prise en charge psychologique semble extrêmement importante comme l'explique I « *mettre à l'aise la personne, c'est important surtout dans un accouchement, parce que les gens sont hyper stressés* »

Le ressenti de la mère est capital pour les pompiers, il « *faut faire un peu attention, (il ne faut pas rentrer avec nos gros sabots d'hommes, on ne sait pas comment elle va réagir, comment elle va le prendre* » dit E, faire attention à l'intimité de la femme est aussi primordial comme l'explique E « *j'ai choppé une serviette pour la couvrir car j'ai vu qu'elle était nue dans la douche* ».

Pour D, cette prise en charge semble délicate, à propos du « *savoir être, [...] (il n'est pas convaincu que les pompiers soient) très performants* », pour eux, il faut essayer « *d'avoir le bon comportement* », de « *penser à la victime [...] qu'elle se sente à l'aise, si elle a quatre masclas qui ne savent rien faire et qui se comportent comme des goujats ça ne le fait pas* ».

b. Prise en charge de la mère

1. Surveillance

Au niveau de la prise en charge, les bases sont connues par la plupart des pompiers comme G qui exercerait un « *contrôle au niveau des saignements [...] contrôle tension, pouls* » Pour un seul d'entre eux, A, « *c'est plutôt sur la maman que c'est compliqué, en fait on est focus sur le nouveau-né alors qu'il se passe énormément de chose chez la maman et le risque principal ça va être l'hémorragie* »

2. Connaissance de la délivrance

La délivrance n'est pas connue par tous les pompiers, certains se demandent même « *comment ça s'appelle ? La délivrance* » comme le dit D. Pour ceux possédant cette connaissance, la délivrance semble poser problème « *on a aussi été embêté par le placenta, elle n'a pas libéré le placenta avec nous, c'était notre grosse inquiétude* » explique F.

Les principes de la délivrance sont rappelés par A, « *on réceptionne le placenta [...] il suffit de voir qu'il est sorti et de bien contrôler que ça n'ait pas déclenché une hémorragie non plus* ».

3. Ressenti des parents, de la femme

Comme lors de l'accouchement, les pompiers ont à cœur de préserver l'intimité de la femme et du couple, de rassurer et de faire attention au ressenti du couple.

c. Prise en charge du nouveau-né

1. Les notions de base

Les notions de base de prise en charge du nouveau-né sont connues de tous, le « *peau à peau avec la maman, bien couvert et surveiller* » comme le dit B puis « *le réchauffer le plus vite possible, le stimuler si besoin* » d'après J.

2. La première peur : l'état du nouveau-né

Pour la plupart des pompiers le premier souci lors de cette intervention est l'état du nouveau-né. Pour eux, il semble compliqué de savoir si le nouveau-né est en bonne santé « *on ne sait pas s'il va vraiment bien ou pas en fait... les signes on (ne les) connaît pas* » d'après G. Pour d'autre comme K « *s'il pleure c'est qu'il va bien, sinon il faut le stimuler voir s'il répond* ».

d. Le matériel

Tous les pompiers ont connaissance de l'existence d'un « kit accouchement » dans leur véhicule, mais certains ne connaissent pas son contenu comme C qui l'a « *découvert en faisant les verifs du VSAV [...] ce qu'il y a dedans, je n'en sais rien* »

Pour d'autre le matériel n'est pas vraiment adéquat « *on n'a pas [...] un saturomètre pour nouveau-né* » dit B, « *on n'avait pas dans le VSAV le matériel, a part des couvertures de survie donc système D* » pour F ou encore d'après J « *on ne peut pas aspirer on n'a pas de kit aspi pour le nouveau-né* »

e. Connaissance des risques

Les pompiers sont la plupart du temps focalisés sur les risques concernant le nouveau-né avec la peur de prendre en charge un nouveau-né qui ne respire pas, qui a le cordon autour du cou et de devoir réaliser « *une réanimation sur un nouveau-né à la naissance c'est quelque chose... Je ne le souhaite à personne* » comme le dit A.

Ensuite vient le risque hémorragique chez la mère, bien que certain n'y pense pas et que la prise en charge soit très floue pour les pompiers « *Que faire... ? Je ne sais pas, pansement compressif peut-être* » nous suggère K.

IV. Formation

a. Formation sur l'accouchement

1. A quelle occasion

Certains pompiers ne se souviennent pas avoir eu une formation sur la prise en charge de l'accouchement en formation initiale. Si un souvenir est présent, cela reste flou comme l'explique K « *on a dû en parler mais ça ne m'a pas marqué* ».

Il semblerait que le thème soit abordé « *lors d'une FMA [...] un cours sur l'accouchement inopiné* » mais souvent à la demande du chef de centre ou de pompier comme l'explique D « *je t'avais demandé de venir justement* ».

Ce thème est peu fréquemment abordé « *ce n'est pas les thèmes qu'on revoit souvent en manœuvre* » et « *il y a bien longtemps que je n'ai pas entendu parler d'accouchement dans un recyclage...* » dit F. La formation concernant l'accouchement arrive tard dans la carrière comme l'explique D qui a eu « *les premières infos là-dessus il y a 2-3ans en 26ans de service...* »

2. Les formateurs

La formation sur l'accouchement est réalisée par « *les moniteurs de secourisme* » comme le dit D, cela expliquerait d'après lui et la plupart des pompiers un manque de crédibilité car « *ils lisent le livre quoi, mais je peux en faire tout autant...* »

De plus, « *il n'y a pas grand monde qui est à l'aise avec (cette formation), alors on ne peut pas le mettre en pratique* » comme l'explique F, cette formation semble compliquée à réaliser pour les formateurs également.

3. Le déroulement de la formation

Cette formation paraît très succincte, « *ce n'est pas long c'est un petit chapitre dans la formation* » comme l'explique E.

Elle est basée sur des cours théoriques sous forme de « *diaporama* » ou vidéo comme l'explique A « *en deux heures [...] ce n'est pas possible de savoir comment réaliser un accouchement* ».

De plus, il n'y a pas d'outils, pas de mannequin pour pouvoir pratiquer comme le dit B « *c'est assez bref, il n'y a pas de manip* », ce qui semble être un frein car d'après H « *on a besoin de pratique [...] il vaut mieux pratiquer pour ne pas oublier* »

Les pompiers s'expliquent ce manque d'apprentissage par la difficulté de mettre en pratique ce genre de formation, de gestes comme le dit D « *formation théorique, oui oui « allez madame en position » (rire)* », ou B « *je n'arrive pas trop à savoir comment, les outils pédagogiques que vous avez en tant qu'étudiante sage-femme, mais est-ce que c'est possible d'avoir ça ?* ». La plupart d'entre eux pensent que « *simuler un accouchement en manœuvre c'est extrêmement compliqué* » comme l'explique A.

4. La formation hors Lozère

Un pompier ayant effectué ses formations dans un autre département nous explique qu'il existe une formation sur l'accouchement lors de l'avancement « *au caporal avec un médecin urgentiste* » d'après J. A exerçant à la Brigade nous fait part de son ressenti « *quand je suis arrivé à la brigade, j'étais bien content de voir qu'on repasse par-là, et de voir un bassin d'accouchement et de réaliser les gestes pour de vrai* ».

b. Formation sur la prise en charge d'un nouveau-né

Pour la majorité des pompiers les souvenirs semblent vagues à propos des différentes formations sur la prise en charge des nouveau-nés.

1. A quelle occasion ?

Tout comme la formation concernant l'accouchement, la plupart des pompiers ne se souviennent pas avoir eu une instruction à la formation initiale. Cela semble être abordé « *en FMA, un paragraphe (fait) par les moniteurs de secourisme* » comme l'explique G. Encore une fois cette formation est très succincte « *c'est dans les deux heures avec la formation sur l'accouchement, c'est vite fait bien fait quoi* » dit A.

2. Les formateurs

Comme la formation sur l'accouchement, la prise en charge du nouveau-né est abordée avec les moniteurs de secourisme.

3. Contenu de la formation

Cette prise en charge est abordée en même temps que la formation sur l'accouchement avec les notions de base comme « *la fréquence cardiaque* » comme l'explique C, le « *risque de déperdition de chaleur* » pour E, également des gestes techniques comme « *le massage cardiaque* » d'après E.

Un manque de formation se fait ressentir, aussi bien au niveau des connaissances théoriques que des gestes comme l'explique G « *il manque des connaissances et des gestes* ».

c. La formation idéale

Tout d'abord, d'après certains pompiers la formation ne semble pas toujours pertinente et redondante a défaut de faire de nouvelles formations « *en FMA ils nous enquiquinent régulièrement avec la RCP (Réanimation Cardio-Pulmonaire) par exemple, quelque chose qu'on maîtrise le mieux, tous, je pense* » comme nous le décrit D.

1. A quelle occasion ?

Les pompiers ont plusieurs idées quant aux circonstances de formation. Certains pensent qu'il serait bien de la faire au décours des FMA comme l'explique G « *faudrait de temps en temps je ne sais pas tous les 5ans une FMA sur une journée* ».

D'autres pensent qu'une journée dédiée à cette formation serait intéressante « *quelque chose à faire hors FMA secourisme avec une sage-femme* » d'après H.

L'idée de faire cette formation au moment de l'avancement (passage dans un grade supérieur) serait également profitable comme l'explique B « *a un moment donné des*

stages ou on monte en grade peut être au sergent ».

2. Les formateurs

Il semblerait que les pompiers aient besoin de personnes connaissant ce sujet par cœur « *quelqu'un qui a de l'expérience, qui fait ça au quotidien* » comme le dit B. J fait une comparaison intéressante « *pareil sur les tronçonneuses vaut mieux aller à l'ONF quoi... Là c'est pareil l'accouchement il faut rencontrer des sages-femmes* »

Les pompiers pensent que la participation d'autres personnels médicaux n'est pas intéressante pour effectuer cette formation comme l'explique D, ils ne souhaitent pas « *l'infirmier lambda qui n'a jamais fait un accouchement non plus...* ». Ceci est aussi perçu par rapport aux moniteurs de secourisme comme le dit E « *ce n'est pas crédible avec un moniteur de secourisme est ce qu'il aura déjà fait un accouchement dans sa vie ?* »

Cette volonté de formation par des personnes exerçant ce métier est décrit encore une fois par D car « *c'est vraiment la crédibilité, une valeur ajoutée, une formation par des gens qui connaissent réellement le métier* ».

La majorité s'accorde à dire comme A que les sages-femmes ont leur place à ce sujet « *je pense qu'il n'y a personne qui peut parler mieux d'un accouchement qu'une sage-femme* ».

3. Quelle formation ?

Tous les pompiers pensent « (qu') *une formation pratique* » est indispensable comme l'exprime C, ou encore I « *tu touches, c'est concret, pratiquer avec une sage-femme, ça pourrait être un plus* ».

De plus, d'autres points sont souvent repris comme le dit B « *un retour d'expérience, des connaissances et un peu de manip* » puis A « *il y a le savoir-faire qui s'apprend en faisant les gestes et il y a le vécu, il n'y a jamais plus d'expérience à retirer d'un bouquin que de quelqu'un qui a déjà fait* », des moyens techniques comme « *avoir une petite fiche mémo* » d'après I.

Des connaissances théoriques sont requises comme l'explique H « *une formation au niveau du nouveau-né et de la maman dans les circonstances graves quoi* » ou encore des « *mots clés à recueillir en amont et à transmettre au SAMU* » à la demande de C.

Il est intéressant pour eux de pouvoir reconnaître les signes d'imminence de l'accouchement, « *savoir interpréter quoi* » comme le dit C.

Un besoin important de matériel apparaît, qui plus est en formation comme l'explique H « *une sage-femme qui vient avec du matériel, un mannequin, un saturomètre par exemple* », « *un mannequin qui simule l'accouchement* ». Mais aussi des informations sur le matériel déjà présent car il existe un manque de connaissance sur les kits présents dans le VSAV, sur leur contenu « *plus communiquer sur les kit* » comme l'explique C, ou encore avoir « *une notice du kit* » comme le demande I. Un manque d'information, de pratique se fait ressentir d'après B, en effet, « *on parle de saturation et je ne suis même pas sûre qu'on ait ce qu'il faut* ».

Nous observons également une demande de formation adaptée au pompier comme l'explique C « *quelque chose qui colle à nos moyens [...] ce qu'on nous pense capable de faire* ».

V. Une personne ressource, référente

a. Qui ?

La sage-femme semble être la personne requise comme référence pour les sapeurs-pompiers, ici pour 11 d'entre eux, « *le top ce serait une sage-femme, elle sait de quoi elle parle et elle a vu X cas, elle a X accouchements derrière elle, elle sait de quoi elle parle [...] elle sait quoi* » comme l'explique A ou encore I « *une sage-femme c'est quand même son job quoi* », ou bien E « *une sage-femme elle va savoir ce que j'attends quoi* ».

Une personne faisant partie des pompiers et de la profession de sage-femme semble être un bon compromis comme s'interroge C « *c'est une bonne question, quelqu'un de l'extérieur ou quelqu'un chez les pompiers, ou les 2 ?* ».

b. Pourquoi ?

L'intérêt de cette personne serait de faire la formation concernant l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né. De plus, celle-ci permettrait d'aider les pompiers également dans un autre aspect, « *la prise en charge psychologique de la maman* » comme l'explique D mais aussi de permettre aux pompiers d'aller plus sereinement sur ce type d'intervention de « *démystifier un peu le truc* » comme le dit I.

c. Par quels moyens ?

Plusieurs pistes semblent être envisagées par les pompiers. Tout d'abord, une personne référente au sein de la caserne ne semble pas réalisable comme l'explique D « *au niveau de la caserne ce n'est pas réalisable, fin nous si mais il faut voir plus grand* ».

Ensuite, celui-ci nous explique que « *c'est un des rares corps médicaux qui n'est pas représenté chez les pompiers* », ce qui rejoint les propos de D « *on pourrait avoir quelqu'un sur le département qui peut faire ce genre de formation et tourner dans les casernes* ». L'idée serait d'avoir une personne référente pour les accouchements au sein du SDIS 48 comme l'explique D « *au niveau du SDIS quoi qu'il en soit, ce serait une plus-value, classé en expert ça existe* ».

D'autres pistes sont également à explorer, par exemple le fait d'avoir un lien téléphonique avec une sage-femme comme le suggère G « *être en relation avec une sage-femme qui nous guide au téléphone par exemple* » ou en intervention pour C « *sur le même principe que les VL infirmier qu'on déclenche au besoin* ». Le but serait d'être pourvu d'une personne disponible sur les groupements comme le dit C « *quelqu'un sur le groupement qui peut être disponible si besoin* ».

Malgré toutes ces idées, d'après certains pompiers il est compliqué d'avoir cette personne constamment « *est ce qu'on l'aura tout le temps ??* » se demande J, « *avoir quelqu'un H24, ce n'est juste pas possible alors oui dans un monde idéal ouais ce serait bien, mais ce n'est pas possible* » dit A.

VI. Particularité Lozérienne

a. Sapeurs-pompiers volontaires

En Lozère, les sapeurs-pompiers volontaires sont majoritaires ce qui est propre à ce département. Ceci génère des particularités au niveau de la formation comme l'explique A « *la formation des pompiers volontaires, c'est à la fois light, à la fois on n'a pas le choix c'est des femmes et hommes de qui ce n'est pas leur métier, ils n'ont pas que ça à faire [...] on ne peut pas leur demander d'y être tous les jours sinon c'est des professionnels. Malheureusement, les inters c'est les mêmes qu'on soit pompier pro ou volontaire. Donc c'est difficile de trouver un juste milieu je pense* ».

La formation ne peut pas être la même que celle des pompiers professionnels comme le dit B « *le fait d'être volontaire, ce n'est pas trop possible...* », malgré cela et malgré que ces interventions ne soient pas fréquentes, la prise en charge doit être tout de même optimum « *on ne va pas le faire tous les jours comme poser un collier cervical, mais il faut savoir le faire aussi et connaître les constantes et les gestes qui vont avec quoi* » comme l'explique B.

b. La topographie Lozérienne

Le territoire Lozérien est très large, une grosse appréhension est palpable au sein des pompiers dû à l'éloignement des hôpitaux. Les pompiers estiment alors que la formation est d'autant plus importante comme l'exprime C « avec les *délais de route qu'on a en Lozère, il y a beaucoup de chose à faire [...] on peut vite se faire gagner à mon avis si ce n'est pas pris à temps comme il faut dans les bonnes conditions* ». En parlant de la formation H nous explique « *chez nous, on a un secteur très large, on n'a pas les urgences directes chez nous, ce serait vraiment des choses qu'il nous faudrait* ». Pour J également qui est à « *une heure de route des hôpitaux* ».

Du fait de la géographie Lozérienne, les délais d'intervention pour les équipes du SAMU sont également assez longs « *environ 40 à 50 min se sont écoulées entre notre arrivée sur place et l'arrivée de l'AR* » dit F. A cela se rajoute les conditions météorologiques particulières et souvent mauvaises sur la Lozère comme l'explique E « (on a) *des conditions météo qui ne sont pas bonnes, on intervient même en prévention des fois* ».

c. Connaissance de la population

En Lozère, la plupart des personnes du secteur des pompiers sont pour eux des connaissances, ce qui peut être un atout comme un défaut « *ça aide quand on connaît les gens* » dit E, en effet, il est plus facile de connaître l'état d'une personne lorsqu'on connaît son allure habituelle. Ceci peut être aussi un désavantage c'est « *encore plus flippant d'accoucher quelqu'un dont on connaît l'entourage, on se dit si on se loupe si on échoue, dur de travailler le lendemain en voyant sa tante* » ou encore la « *peur du handicap et justement de voir toute ma vie un enfant handicapé* », comme l'explique F.

D'autres pompiers les rejoignent à ce sujet, comme D pour qui c'est une « *intervention particulière d'autant plus si c'est quelqu'un qu'on connaît, sur mon secteur il y a peu de monde que je ne connais pas* », ce qui est encore une fois une particularité lozérienne comme l'explique H « *sur notre secteur on connaît beaucoup de gens parce qu'on n'est pas nombreux* ».

Discussion

A. Atteinte des objectifs

Pour cette étude, onze entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'explorer le vécu et d'appréhender la formation et les connaissances des sapeurs-pompiers lozériens.

A l'issue des onze entretiens, les objectifs principaux et secondaires ont été atteints.

Cette discussion va permettre d'analyser nos résultats et de mettre en regard les données recueillies lors de notre étude avec la littérature sur le sujet.

B. Forces et faiblesses de l'étude

I. Les limites de l'étude

Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat et dans une période de temps restreinte ce qui constitue un biais de recrutement. En effet, notre échantillon est très faible par rapport au nombre de pompiers exerçant sur le territoire lozérien, ceci s'explique par la situation actuelle et les différentes restrictions auxquelles nous faisons face. Malgré cela, nous avons la volonté de pratiquer ces entretiens en présentiel, de par le fait que ce sujet soit délicat, un peu « tabou » mais aussi en raison du manque d'intérêt et de connaissance à ce sujet. La population peut être considérée comme peu représentative du fait du faible taux de participation.

Le but n'était pas d'avoir des résultats représentatifs mais plus de trouver des axes d'amélioration à propos du vécu, et des pistes à mettre en place concernant la formation des pompiers en termes d'accouchement et de prise en charge du nouveau-né.

De plus, le discours des pompiers était souvent commun et se recoupait, ce qui montre la pertinence de nos résultats malgré le faible échantillon.

II. Les forces de l'étude

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car nous recherchions des aspects non quantifiables tels que des expériences, des émotions, des opinions. Cependant, ce sujet n'a jamais été abordé de manière qualitative, ce qui rend cette étude inédite et permet d'avoir un regard nouveau sur ce thème. Beaucoup d'études ont été fondées sur les connaissances des sapeurs-pompiers en termes d'accouchement inopiné mais très peu sur leur ressenti, leur vécu et leurs attentes face à ce genre d'intervention, c'est pourquoi cette étude semble innovante et apporte un point de vue non abordé jusqu'alors.

Le mode de recueil des données, via des entretiens semi-directifs a permis aux pompiers interrogés de s'exprimer librement dans le but de garder l'authenticité et l'exhaustivité de leurs paroles.

De plus, l'étude impliquait onze participants de différents âges, sexe et horizons. De même leur durée d'exercice s'étale de six à 28 ans et les grades de caporal à lieutenant ce qui a permis une grande hétérogénéité, de représenter toutes les catégories humaines retrouvées chez les pompiers. Ceci a rendu possible une grande diversité et richesse dans les entretiens.

Les pompiers lozériens étant majoritairement des hommes, l'échantillon de cette étude comprend huit hommes sur les 11 pompiers interrogés, ce qui permet d'avoir une vision plus réelle. Des personnes de différentes catégories socio-professionnelles ont été interrogées afin d'obtenir une représentativité de la diversité des personnels lozériens.

En outre, les données recueillies par ces entretiens ont permis de réunir un nombre important d'informations. Le phénomène de saturation des données a ainsi été atteint au terme de ces onze entretiens. Ainsi, la taille de l'échantillon a été suffisante pour répondre à la problématique de départ et la réalisation d'entretiens supplémentaires n'aurait pas apporté d'éléments nouveaux.

C. Discussion des résultats de l'étude

I. Caractéristiques de la population étudiée

a. Données générales

Notre échantillon comprend des pompiers âgés de 22 à 52 ans, représentant une moyenne d'âge de 38 ans, or l'âge moyen des sapeurs-pompiers volontaires en France est de 37 ans d'après les statistiques des SDIS (30). Notre échantillon semble donc représentatif de la population de pompiers Français en termes d'âge.

Nous avons interrogé trois femmes contre huit hommes, les femmes représentent 27% de notre échantillon or en France 17% du personnel des sapeurs-pompiers sont des femmes (30). Malgré cette différence notable, la majorité de notre échantillon est représentée par des hommes.

Seulement 3% des pompiers Lozériens sont professionnels, aucun d'entre eux n'a été sujet de notre étude. En effet, l'une des particularités du SDIS 48 est le grand nombre de

sapeurs-pompiers volontaires, pour une meilleure représentativité, notre échantillon ne contient que des sapeurs-pompiers volontaires.

Nous avons interrogé un ISP appartenant au SSSM, ce qui représente 9% de l'échantillon or le SSSM représente 5% de l'effectif des SDIS (30).

b. La topographie départementale :

Lors des différents entretiens, les pompiers abordent la problématique de la topographie particulière du département qui engendre des délais d'intervention souvent plus longs aussi bien pour se rendre sur le lieu d'intervention que pour attendre une équipe médicalisée du SMUR.

Le SDIS 48 est le plus petit de France (28) pour une superficie départementale assez grande (27), les 29 centres d'incendie et de secours possèdent un secteur plus ou moins grand, de plus, ce département possède une seule maternité. Cette situation semble susciter des AEH car un des facteurs de risque est la distance par rapport à la maternité la plus proche, comme nous l'avons vu dans l'étude de B. Blondel (12).

En outre, les pompiers relatent des conditions météorologiques particulières comme vu précédemment, ce qui est aussi une difficulté rencontrée quant aux délais et à la facilité d'intervention.

c. L'expérience :

Le milieu des pompiers est en majorité une population masculine et la seule expérience par rapport à l'accouchement est issue de leur expérimentation personnelle en tant que père. De nombreux récits d'accouchement sont rapportés au sein des pompiers, ce sujet semble parfois animer leurs discussions et nécessite un débriefing au retour d'intervention.

Leur expérience professionnelle est moindre, cette intervention est très rare, ceci s'explique par un taux d'AEH de 0,5% au niveau national d'après G. Bagou (1).

En outre, comme certains pompiers le disent, le milieu de l'accouchement, de la maternité peut-être effrayant de l'extérieur, un besoin de se rassurer, de se raconter leurs différentes expériences « entre homme » se fait ressentir.

II. Vécu

La partie principale de notre étude porte sur le ressenti des pompiers face à l'AEH.

Dans les différentes études réalisées, la dimension psychologique de ce genre

d'intervention n'est que très peu mise en avant, c'est pourquoi la discussion des résultats de notre étude est compliquée à réaliser sans avoir de recul sur la question.

Lors des entretiens nous retrouvons souvent le champ lexical de la peur, de l'appréhension lors de ce genre d'intervention comme nous pouvons également le voir dans une étude de J. Clément (38).

Ces appréhensions sont expliquées aussi bien dans la littérature que chez les pompiers interrogés par le petit nombre d'intervention de ce genre, de pratique et de remise à niveau (41,55). Certains pompiers de l'étude se sentent peu à l'aise voir mal à l'aise face à cette intervention, ceci semble aussi se recouper avec la littérature (40).

Cette intervention est vécue comme particulière et inhabituelle, plus stressante que les autres au sein de notre étude mais aussi dans une autre étude effectuée dans le Puy de Dôme (43). Malgré cela, la plupart des pompiers ressentent une envie de faire cette intervention, de la gratitude face à cela.

Au niveau des déterminants du vécu de cette intervention nous avons appris que les pompiers ayant plus d'expérience, et plus haut gradé se sentent un peu plus à l'aise ce qui se recoupe avec la littérature (40). De par leur expérience et par conséquent, leur grade, les pompiers se sentent plus à l'aise et plus à même de gérer cette intervention.

De plus, les intervenant hospitaliers semblent aussi peu à l'aise, malgré un statut de professionnel médical ou paramédical, cette intervention étant inhabituelle et stressante, nous retrouvons ceci également dans d'autres mémoires (41,55).

III. Intervention

L'intervention pour accouchement inopiné est très peu fréquente aussi bien en France qu'en Lozère comme l'expose l'**Annexe I**. Ce qui se ressent également au travers des entretiens, les pompiers eux-mêmes avouent que cette intervention est très peu courante. Malgré cela, des recommandations de premier secours pour les AEH et la prise en charge néonatale existent (35), en vue d'exercer la meilleure prise en charge possible.

a. Prise en charge de l'accouchement

1. Les renseignements généraux

Dans notre échantillon de pompiers, la plupart se sentent à l'aise pour réaliser l'anamnèse comme décrit également A. Villeneuve (43). Les connaissances à propos des questions essentielles à poser à la parturiente semblent acquise pour la plupart d'entre eux et posées à bon escient. L'anamnèse étant pratique courante pour toutes les interventions, sa

réalisation semble aisée pour les pompiers. De plus, celle-ci est primordiale pour l'équipe de sages-femmes qui prendront en charge cette parturiente à la maternité.

2. L'aspect technique

Pour la prise en charge de l'accouchement, les connaissances des pompiers de cette étude sont très faibles, seulement un d'entre eux semble être à l'aise. En effet d'après C. Brabaux et G. Hebrard (42,44), les connaissances des sapeurs-pompiers en terme de gestes techniques ne sont pas majoritaires, ce qui est concordant avec les résultats obtenus au cours de nos entretiens.

Les AEH ne sont pas des interventions fréquentes, les formations ne semblent pas nombreuses et adéquates, la pratique manque et les connaissances techniques des pompiers en sont impactées.

Les situations pathologiques comme une dystocie des épaules, une hémorragie de la délivrance etc... ne sont pas courantes lors des AEH par conséquent les pompiers ne sont pas formés à cela.

3. L'aspect psychologique :

L'aspect psychologique de la prise en charge de l'accouchement n'est pas étudié dans la littérature, néanmoins il est important pour les pompiers interrogés dans notre étude. L'un des points essentiels pour eux est le ressenti de la parturiente, le fait de la mettre en confiance est primordial. Mais la plupart semble ne pas savoir comment se comporter face à une parturiente, voir être mal à l'aise et ne pas être doté d'un « savoir-être » adéquat.

L'aspect relationnel et psychologique complique l'intervention pour les pompiers, mais aussi probablement pour la parturiente qui accouche dans une situation peu conventionnelle.

De par leurs expériences les pompiers possèdent cette notion de relation, ils veillent au bien être, au ressenti de la parturiente et son entourage ce qui est primordial lors de cette étape de la vie, la mise au monde d'un enfant.

b. Prise en charge de la mère

1. Prise en charge globale

La prise en charge de la mère après l'accouchement semble connue et maîtrisée par l'ensemble des pompiers autant au sein de la littérature (39,40,43) qu'au décours de cette

étude. Les pompiers réaliseraient une surveillance des paramètres cliniques comme la tension artérielle et le pouls de la mère, ainsi qu'une surveillance des saignements.

Il semble donc que la surveillance du post-partum immédiat soit assurée de la bonne manière avec une surveillance des constantes hémodynamiques, de la nature et la quantité des saignements ainsi qu'une appréciation de la douleur.

2. Connaissance de la délivrance

Le mécanisme physiologique de la délivrance est méconnu des pompiers aussi bien dans notre étude que dans celle de A. Villeneuve (43). Par ailleurs, lorsque la délivrance est réalisée, le placenta est conservé comme constaté dans la littérature (43,44).

En revanche, le risque hémorragique est connu d'un seul pompier. Les participants de l'étude parlent d'estimation visuelle des pertes seulement, une quantification n'est pas mise en œuvre. Bien que la surveillance soit adaptée, comme nous le savons, l'estimation visuelle sous évalue la quantité des pertes. Nous pouvons expliquer cela par le peu de pratique des pompiers, la délivrance est le plus souvent réalisée en milieu hospitalier avec les équipes compétentes.

c. Prise en charge du nouveau-né

Notre échantillon de pompier semble compétent pour la réalisation des premiers gestes à réaliser lors de l'accueil du nouveau-né : sécher, couvrir, réchauffer, stimuler si besoin comme retrouvé dans l'étude de A. Villeneuve (43).

D'après M. Lonvet, C. Barbaux et G. Hebrard, les pompiers sont avertis sur les bienfaits et la mise en place du peau à peau (39,42,44), au-delà des bénéfices pour la thermorégulation, la fréquence cardiaque et respiratoire du nouveau-né, les pompiers sont conscients de l'importance du peau à peau pour le lien mère-enfant.

A défaut, l'évaluation des risques néonataux ne semble pas forcément facile pour eux, ce qui est constaté également dans la littérature (39,43). Lors de notre étude, le score d'APGAR n'a jamais été évoqué, les différents critères de cotation sont quant à eux plus ou moins flous. Lorsque l'état du nouveau-né semble préoccupant pour eux, ils ne savent pas comment réagir face à cela, la prise en charge et les gestes ne sont pas connus.

Au contraire, si le nouveau-né est en état de mort apparente, les pompiers connaissent les gestes à réaliser car la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire semble très fréquemment revue en formation continue, ainsi qu'être une intervention courante chez l'adulte.

d. Le matériel

Un « kit accouchement » est mis à disposition des pompiers lozériens. Au cours des différents entretiens nous pouvons constater un manque de communication sur ce matériel, certains ne connaissant pas son existence. Le matériel s'y trouvant ne semble pas forcément adéquat d'après eux. Ils déplorent le manque de matériel, comme un saturomètre pour les nouveau-nés, une sonde d'aspiration adaptée ou bien encore du matériel nécessaire pour réchauffer le nouveau-né.

Par ailleurs, pour un nouveau-né eutrophe à terme, du matériel supplémentaire pour réchauffer le nouveau-né n'est pas nécessaire. Lorsque le nouveau-né présente une bonne coloration, une respiration et une réactivité adéquate, le recours à un saturomètre ainsi qu'à une sonde d'aspiration n'est pas essentiel.

e. Les risques

Le risque hémorragique pour la mère est bien connu des pompiers mais son avènement semble quant à lui flou, il existe une réelle méconnaissance sur la délivrance, son mécanisme et les risques associés en cas de situation pathologique.

Les pompiers ne connaissent pas les gestes et la conduite à tenir face à cela, et n'ont pas les compétences nécessaires pour y pallier. En effet, les gestes à réaliser en cas d'hémorragie de la délivrance nécessitent un savoir-faire, qu'uniquement une sage-femme ou un obstétricien possèdent.

A propos de la connaissance des risques néonataux, les pompiers lozériens ne semblent pas très à l'aise. La plupart d'entre eux redoute la présence d'un cirkulaire mais un seul d'entre eux le vérifie et saurait comment se comporter face à cela. Ceci recoupe avec les différentes données retrouvés par M. Lonvet, C. Babaux et A. Villeneuve (39,42,43).

Que ce soit un cirkulaire serré ou non, des gestes sont à mettre en place pour poursuivre la naissance et l'expulsion des épaules. Cependant, les pompiers n'ont pas les formations ni la pratique nécessaires pour réaliser ces actes.

Le risque de détresse respiratoire et d'hypothermie sont également abordés par les personnels interrogés comme dans la littérature (43). Les gestes pour faire face à l'hypothermie sont très vite mis en œuvre par les pompiers, avec séchage du nouveau-né, mise en peau à peau, bonnet et couvertures. Quant aux détresses respiratoires autant leur diagnostic que leur prise en charge ne sont pas vraiment connus. Bien que la plupart des AEH se déroulent bien, une formation sur la prise en charge des détresses respiratoires semblent essentielles car elles ne sont tout de même pas rarissimes.

IV. La formation

La formation au sein des pompiers comprend une formation initiale puis une formation continue (Formation de Maintien des Acquis, FMA) d'après l'Arrêté du 24 mai 2000 (33). Comme l'expliquent les pompiers interrogés, les formations concernant l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né se répartissent au décours de ces deux formations.

a. A quelle occasion

1. La formation actuelle

Nous ne savons pas à quelle occasion la formation sur l'accouchement est réellement dispensée, d'après les pompiers interrogés, une partie pense avoir eu une instruction à la formation initiale, d'autre plutôt en FMA. Les pompiers ont des souvenirs de formation lointains dans tous les cas et très peu abordés lors de la formation continue ou seulement à la demande de pompiers ou du chef de centre.

2. L'occasion idéale

Les pompiers ont plusieurs idées quant aux circonstances de formation. Certains pensent qu'un enseignement au décours de la formation continue serait bénéfique ou bien pendant l'avancement en grade pour qu'au moins un personnel du VSAV soit compétent en la matière.

b. Les formateurs

1. Actuellement

Les formations comprises dans le module de secourisme sont dispensées par des moniteurs de secourisme d'après l'Arrêté du 27 novembre 2007 (36). Les pompiers avec qui nous sommes entretenus déplorent un manque de crédibilité des formateurs. Les moniteurs, eux, ressentent une réelle difficulté pour former les sapeurs-pompiers à ce genre d'intervention.

Il est vrai que la formation concernant l'AEH est particulière et ne peut pas être enseignée par des personnes n'ayant jamais été confrontées à un accouchement ou à la prise en charge d'un nouveau-né. Les pompiers sont donc en difficulté mais aussi les moniteurs de secourisme qui ne sont pas formés à pratiquer ce genre d'enseignement.

2. L'idéal

Comme retrouvé dans la littérature, L. Lemancel explique le fait qu'une sage-femme semblerait bénéfique à la formation des sapeurs-pompiers (40). Au décours de notre étude nous comprenons que les pompiers ressentent le besoin de formation avec des personnes exerçant et pratiquant les gestes d'accouchement, ayant un savoir-faire mais aussi une expérience en termes d'accouchement et de prise en charge du nouveau-né. Ceci amène les pompiers à penser que la personne idéale pour leur dispenser cette formation est une sage-femme.

La sage-femme est l'experte de la physiologie de la naissance et de la mécanique obstétricale. Les gestes, les conseils techniques mais aussi les connaissances peuvent être amenés avec plus de facilité par une personne exerçant ce métier.

c. Le contenu

1. Actuel

Les heures dédiées à la formation sur l'accouchement ne sont pas indiquées et les pompiers interrogés ne se souviennent pas forcément du temps qui y est consacré, probablement aux alentours d'une heure, mais considéré comme assez bref et succinct. Des instructions existent concernant l'accouchement inopiné dans les recommandations premiers secours (35), en effet, les pompiers nous relatent une formation théorique. Pour ce faire, dans les référentiels les gestes d'accouchement sont expliqués mais d'après les pompiers une formation théorique sur des gestes pratiques n'est pas vraiment adaptée pour une bonne compréhension et assimilation des gestes.

La formation à propos de la prise en charge du nouveau-né est dispensée lors de la même occasion que celle sur l'accouchement. Nous retrouvons également les instructions dans les recommandations premiers secours (35).

D'après les pompiers de notre étude la formation concernant la prise en charge d'un nouveau-né eutrophe et à terme est adaptée. La cotation du score d'APGAR et les différents critères à évaluer semblent être flous bien qu'expliqués dans le référentiel.

La prise en charge d'un nouveau-né en état de mort apparente paraît pour la plupart acquise car ce genre de gestes est revu de manière assez régulière au décours de la formation continue.

Dans les référentiels, les complications possibles aussi bien au niveau du nouveau-né qu'au niveau de la mère ne sont pas abordés. Or, les situations pathologiques comme une dystocie des épaules, une procidence ou une hémorragie de la délivrance ne sont pas

négligeables et doivent être connues des pompiers pour réaliser la prise en charge la plus optimum possible.

2. La formation idéale

Un manque de formation est déploré autant dans notre population que dans d'autres études comme le souligne J. Clément (38).

Les pompiers de notre étude requièrent des formations pratiques alors qu'il semblerait que celles existantes soient seulement théoriques, cela se fait également ressentir dans les études de C. Barbaux et A. Villeneuve (42,43), pour eux, le meilleur moyen d'évoluer et d'acquérir des connaissances passe par la pratique.

Nous retrouvons dans la littérature un besoin d'amélioration des kits accouchements, de matériel pour le nouveau-né ou bien encore de fiches mémo (42). Lors de notre étude les pompiers semblent avoir les mêmes besoins.

En priorité, une formation pratique est requise, pour cela les pompiers proposent de réaliser les gestes sur des mannequins comme cela se fait à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris par exemple.

Ensuite, du matériel et des connaissances sur l'AEH, ainsi que des informations, des fiches mémo reprenant les connaissances théoriques, des conseils et un retour d'expérience.

Plus particulièrement, une aide est demandée concernant la prise en charge psychologique de la femme et du couple lors de cette intervention et cette étape de vie si particulière et importante.

D. Projet d'action

Suite à la réalisation des entretiens, les pompiers interrogés apportent des idées d'axe d'amélioration nous permettant de répondre à nos objectifs secondaires qui étaient d'étudier les besoins et les attentes des pompiers lozériens et de percevoir le rôle de la sage-femme en termes de formation et d'aide aux pompiers face aux accouchements extrahospitaliers.

I. Une amélioration de la formation

La plupart des pompiers interrogés se plaignent du manque de formation, déplorent le peu d'informations à ce propos et ne comprennent pas le manque d'intérêt qui semble présent à ce sujet. Le peu de connaissances et de pratique à ce sujet les plongent dans des

situations délicates, de plus, ils accordent une importance certaine à ce passage dans la vie extra-utérine. Une pression supplémentaire est ressentie lors de cette intervention qui concerne deux personnes qui plus est la naissance d'un enfant.

Il est donc essentiel de répondre à leur demande et leur apporter une aide en améliorant la formation. Il serait de mise de rebâtir une partie de la formation à ce sujet :

Premièrement, en étudiant les apports sur ce thème au cours de la formation initiale pour les nouveaux arrivants au sein des pompiers. Pour ce faire, il serait intéressant de connaître le réel enseignement apporté à ce jour en formation initiale et reprendre point par point son contenu dans le but de l'améliorer et de l'adapter aux pompiers mais aussi à leurs capacités lors du stage initial.

Ensuite, il serait intéressant d'explorer les apports de la formation continue pour avoir connaissance de ce qui a été fait ces dernières années, remanier les différents sujets de formation et mettre à jour les connaissances.

Une autre idée émane également des entretiens : ajouter une formation concernant l'accouchement extrahospitalier au décours de l'avancement en grade, dans le but de former au moins un personnel de l'équipage du VSAV. L'équipage se constitue d'un chef d'agrès, d'un conducteur et d'un ou deux équipiers. Si cette formation est incluse lors de l'avancement au minimum un personnel de cette équipe serait formé.

La demande essentielle des pompiers est la création d'une formation pratique, pour ce faire, il serait utile d'avoir un mannequin « bassin d'accouchement » accompagné d'un mannequin de nouveau-né avec un cordon ombilical et un placenta. Ils aimeraient pouvoir pratiquer les gestes avec un professionnel, voir et appliquer les actions à mettre en place pour se sentir plus à l'aise face à cette intervention.

Malgré tous les souhaits exprimés, un frein est toujours présent à propos de la formation. Les pompiers lozériens sont en majorité volontaires, leur engagement demande déjà énormément de temps au dépend de leur vie personnelle et professionnelle, à cela s'ajoute le temps de formation déjà très important pour des personnes dont ce n'est pas le métier. Nous pouvons alors nous demander si une refonte de la formation sur l'accouchement extrahospitalier est envisageable, est ce que des heures peuvent être aménagées à cela sur l'année au cours de la formation continue ou lors d'autres occasions ? Cependant, nous pouvons aussi répondre à cela que volontaire ou professionnel les pompiers sont confrontés aux mêmes interventions donc cette formation semble toutefois importante.

II. Intervention d'une sage-femme au décours de la formation des pompiers

Une amélioration de la formation est demandée mais aussi des formateurs adaptés au sujet sont requis. Des instructeurs ayant de l'expérience dans le domaine, de la crédibilité, un savoir-faire est demandé. Tout cela pour leur inculquer une vraie conduite à tenir, une attitude face à cet évènement, un savoir-faire mais aussi un savoir-être qui leur semble très important par rapport au ressenti de la parturiente. Il ressort que la plupart des pompiers se sentent mal à l'aise concernant les façons de se comporter, en effet, cette intervention touche à l'intimité de la femme, du couple, la majorité des pompiers étant des hommes ils se demandent quelle est leur place, comment bien se comporter.

III. Une amélioration des moyens

a. Du matériel

Au niveau du matériel, les pompiers pensent qu'il serait nécessaire d'apporter une mise à jour du kit accouchement déjà présent dans leur véhicule. Ainsi, nous pourrions revoir la pertinence des éléments présents et juger de l'utilité d'apporter du matériel supplémentaire comme une sonde d'aspiration adaptée aux nouveau-nés ainsi qu'un saturomètre.

De plus, ils aimeraient revoir le matériel avec des personnes compétentes, ouvrir un kit accouchement pour connaître le contenu et en connaître également le fonctionnement.

b. Supports pédagogiques

La création de supports pédagogiques serait bénéfique à la pratique des pompiers mais aussi pour effacer leurs appréhensions face à ces interventions. Des fiches récapitulatives qui pourraient contenir les différentes questions de l'anamnèse à réaliser, les constantes habituelles aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né, les gestes de réanimation, le contenu des kits et leur usage.

Dans le but de leur apporter une certaine sérénité et améliorer leur état d'esprit en partant sur intervention il serait judicieux pour eux de pouvoir échanger, poser des questions sur tout ce qui concerne ce sujet avec une sage-femme.

c. Un lien téléphonique

Certains pompiers ont envisagé d'avoir un lien téléphonique avec une sage-femme au cours des interventions pour accouchement extrahospitalier. Afin d'avoir un avis et des conseils de professionnel en temps réel sur intervention pour réaliser une prise en charge

un peu plus optimale ainsi qu'avoir un ressenti un peu moins stressant de cette intervention.

IV. La place d'une sage-femme au sein du SDIS

La sage-femme est l'experte de la physiologie de la naissance et de la mécanique obstétricale. Pour les pompiers, la personne requise comme ressource ou référence est donc une sage-femme, un professionnel exerçant au décours de sa profession des accouchements et la prise en charge des nouveau-nés.

Dans certain département les SDIS comptent des sages-femmes en qualité d'expert au sein de leur rang comme dans l'Hérault ou le Lot (37).

D'après les pompiers interrogés, l'idée qu'une sage-femme intègre le SDIS lozérien serait une réelle plus-value pour le département grâce à ses compétences en termes d'accouchement, pour ses capacités de formation et de mise à jour du matériel.

De plus, cette sage-femme pourrait être appelée lors d'intervention pour accouchement extrahospitalier dans le but de venir en aide aux pompiers déjà sur les lieux grâce à un lien téléphonique ou sa présence sur intervention.

Conclusion

La prise en charge des accouchements extrahospitalier en Lozère est une problématique qui est réelle. Du fait de la particularité du département aussi bien topographique que météorologique, la peur de l'accouchement à domicile est bien présente aussi bien au sein de la population que chez les sapeurs-pompiers pouvant être amenés à intervenir sur ce genre de situation.

Entre la gêne, le manque de confiance mais aussi de connaissances et de compétences, on note un réel mal-être des sapeurs-pompiers envers les parturientes.

Il est vrai qu'une formation sur l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né existe, mais celle-ci semble limitée voir obsolète dans certains cas. Les pompiers regrettent ce faible niveau de formation, leur manque de connaissances, de compétences et de savoir-être. Ainsi, un apprentissage davantage ciblé, consacré à ce sujet, remodelé, remis à jour et assuré par des encadrants spécialisés aux compétences reconnues comme les sages-femmes, semblerait à la fois bien accueilli et essentiel pour la majorité des sapeurs-pompiers.

L'intervention d'une sage-femme pour dispenser la formation nécessaire avec du matériel adapté en mettant en exergue son savoir-faire et son savoir-être, la mise en place de kit accouchement repensé, de lien téléphonique ou bien d'aide sur intervention, semble une piste à ne pas négliger.

Pour compléter cette étude, il pourrait être intéressant de ne pas se limiter au ressenti des pompiers mais aussi de prendre en compte celui des femmes accouchant avec un équipage de pompier, dans une situation peu conventionnelle qui peut être à domicile, sur la voie publique ou dans une ambulance.

De plus, nous pourrions aussi explorer la prise en charge des urgences gynécologiques par les sapeurs-pompiers, pour obtenir une vision plus globale de l'intervention auprès d'une femme dans ce milieu majoritairement masculin, où reste encrée une certaine crainte des pathologies et de la physiologie féminine.

Il serait donc utile qu'une sage-femme s'intéresse à cette problématique, afin que les sapeurs-pompiers retrouvent un peu plus de sérénité lors de ces interventions particulières auprès des femmes.

Références
bibliographiques

1. Bagou G, Soubeiran M, Hamel V. Accouchement extrahospitalier et complications. EMC, Medecine d'urgence [Internet]. 2016 [cité 10 nov 2019];11(2):1-10. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1084032/resultatrecherche/1>
2. Billon M, Bagou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz R-C, et al. Accouchement inopiné extrahospitalier : prise en charge et facteur de risque. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2016 [cité 10 nov 2019];45(3):285-90. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.001>
3. Chabernaude J-L. Accouchement inopiné hors maternité. Prat Anesth Reanim [Internet]. 2004 [cité 10 nov 2019];8(6):447-54. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S1279-7960\(04\)98286-1](https://doi.org/10.1016/S1279-7960(04)98286-1)
4. Chabernaude J, Boithias C, Leyronnas D, André P, Dehan M, Pasteyer J. Accouchement extrahospitalier: prise en charge. J Pediatr Pueric [Internet]. 1997 [cité 10 nov 2019];10(1):8-14. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(97\)80010-2](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(97)80010-2)
5. Nguyen M-L, Lefèvre P, Dreyfus M. Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2016 [cité 19 mai 2020];45(1):86-91. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.02.002>
6. Bonnin S. Accouchements inopinés extrahospitaliers accueillis au centre Alienor d'Aquitaine du CHU de Bordeaux : incidence et caractéristiques : étude descriptive rétrospective du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2015 [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01520723>
7. Delannoy S. Accouchement inopiné extrahospitalier : y a-t-il plus de complications maternelles et néonatales dans les vingt-quatre premières heures ? [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lille]: Université Lille 2; 2014 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/61103940-2250-4d01-8bea-ddad1afc9569>
8. Rashidi-Allahyari S. Accouchement inopiné extrahospitalier : pratiques du SMUR de Lille de 2011 à 2013 [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lille]: Université Lille 2; 2014 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9e8ba61a-0009-400b-bcd2-73df90c1103b>
9. Lemoine S, Briche F, Genotelle N, Burlaton G, Lemoine F, Lanoe V, et al. Prise en charge préhospitalière d'un nouveau-né en détresse à la naissance par des équipes de secours non médicales : étude observationnelle. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2014 [cité 10 nov 2019];33(suppl. 2):A83. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.134>
10. Sophie AM. Accouchements inopinés en pré-hospitalier pris en charge par le SAMU 87 : étude cas-témoin de 177 dossiers (2009-2013) [Mémoire : Sage-femme].

[Limoges]: Université de Limoges; 2014.

11. Viisainen K, Gissler M, Hartikainen AL, Hemminki E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1999 [cité 10 nov 2019];78(5):372-8. Disponible sur: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.1999.780505.x>
12. Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health & Place* [Internet]. 2011 [cité 19 mai 2020];17(5):1170-3. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.06.002>
13. Fresson J, Bergonzoni A, Vilain A, Ylmaz E, Rey S. Impacts de la distance domicile-maternité sur la morbi-mortalité et les pratiques professionnelles en périnatalité. *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2018 [cité 15 oct 2019];66(suppl. 1):S16. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.030>
14. Combier E, Zeitlin J, de Courcel N, Vasseur S, Lalouf A, Amat-Roze JM, et al. Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 [cité 19 mai 2020];58(11):2279-89. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.015>
15. Aladdin BH, Jacobsson B, Sandberg K, Lilja H. Öväntad förlossning utanför sjukhus: erfarenheter från Göteborgsregionen: Centraliserad förlossningsvård kräver kompetent ambulanspersonal [abstract]. *Lakartidningen* [Internet]. 2004 [cité 29 mars 2020];101(41):3148-50. Disponible sur: <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2004/29229.pdf>
16. Direction de l'information légale et administrative (DILA). Femme enceinte : prise en charge à 100 % [Internet]. Service public. 2018 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F164>
17. Agence Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). AAD et covid-19 : communiqué commun APAAD/ANSFL [Internet]. ANSFL. 2020 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://ansfl.org/actualites/aad-et-covid-19-communique-commun-apaad-ansfl/?fbclid=IwAR2lmiBZb0R676hL9vLR1vsMAzJKgC6QhrSVJb2ksIsje989tFayH177H_8&cn-reloaded=1
18. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Health and care of pregnant women and babies in europe in 2010 : european perinatal health report [Internet]. Euro-Peristat; 2013 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/en/the-health-and-care-of-pregnant-women-and-babies-in-europe-in-2010/8283/>
19. Wiegers TA, Keirse M, van der ZJ, Berghs G. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ* [Internet]. 1996 [cité 29 mars 2020];313(7068):1309-13. Disponible sur: <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7068.1309>
20. Durand A-A. « Aux Pays-Bas, accoucher à domicile n'est pas un projet

alternatif, c'est juste normal ». Le Monde.fr [Internet]. 2016 [cité 3 avr 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2016/08/22/aux-pays-bas-accoucher-a-domicile-n-est-pas-un-projet-alternatif-c-est-juste-normal_4986309_3224.html

21. Bayle Loubet C. L'accouchement inopiné : prise en charge du nouveau-né : proposition de formation des sapeurs-pompiers. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2007;34(362):6-21.

22. Article L6311-1. Code de la santé publique (2003).

23. Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente [Internet]. Secourisme.net. 2008 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.secourisme.net/IMG/pdf/secours_personne__aide_medicale_urgente.pdf

24. Article R6123-15. Code de la santé publique (2006).

25. Article L1424-2. Code général des collectivités territoriales (1996).

26. Décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires. JORF n°288 (1999).

27. Département de la Lozère. Géographie du territoire [Internet]. Lozere.fr. 2019 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <http://lozere.fr/la-lozere/le-territoire/geographie-du-territoire.html>

28. Chambre Régionale des Comptes (CRC) Occitanie. Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) Lozère : rapport d'observation définitives et sa réponse : exercices 2011 et suivants [Internet]. Cour des comptes. 2017 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-03/OCR2018-07.pdf>

29. Sapeurs-Pompiers de France. Organisation des sapeurs-pompiers en France [Internet]. Pompiers.fr. 2015 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/pompiers/nous-connaître/organisation-des-sapeurs-pompiers-en-France>

30. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Les statistiques des services d'incendie et de secours [Internet]. Ministère de l'Intérieur; 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2018>

31. Circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours. JORF n°87 (1996).

32. Sapeurs-Pompiers de France. Devenir sapeur-pompier volontaire (SPV) [Internet]. Pompiers.fr. 2015 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/grand-public/devenir-sapeur-pompier/devenir-sapeur-pompier->

volontaire-spv

33. Arrêté du 24 mai 2000 portant organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours. JORF n°133 (2000).
34. Arrêté du 14 août 2008 portant reconnaissance des compétences de l'unité de valeur de formation « secours à personnes de niveau 1 » avec celles des unités d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 1 » et « premiers secours en équipe de niveau 2 ». JORF n°0198 (2008).
35. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. « Premiers secours en équipes » (PSE1 et PSE2) : recommandations de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises relatives aux unités d'enseignement [Internet]. Ministère de l'Intérieur; 2018 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels>
36. Arrêté du 27 novembre 2007 fixant le référentiel national de pédagogie de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « pédagogie appliquée aux emplois/activités de classe 1 ». JORF n°0279 (2007).
37. Clément J, Nadjafizadeh M. La sage-femme au centre de la formation des sapeurs-pompiers en matière d'accouchement inopiné. Vocation sage-femme [Internet]. 2017 [cité 13 oct 2019];16(125):32-5. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vsf.2017.01.009>
38. Clément J. La formation des sapeurs-pompiers à l'accouchement inopiné : intérêt d'une formation continue ? : étude réalisée en 2015 chez les sapeurs-pompiers des Vosges [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2016 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2016_CLEMENT_JUSTINE.pdf
39. Lonvet M. Accouchements inopinés : quand les sapeurs-pompiers revêtent l'habit de sage-femme [Mémoire : Sage-femme]. [Lille]: Université Catholique de Lille; 2018.
40. Lemancel L. Prise en charge des urgences obstétricales par les sapeurs-pompiers [Mémoire : Sage-femme]. [Caen]: Ecole de Sages-Femmes; 2015.
41. Serrurier J. Comment optimiser la prise en charge des accouchements inopinés par les équipes de SAMU- SMUR et de Sapeurs-Pompiers des Vosges, en 2010 ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Metz]: Université Henri Poincaré; 2011 [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881094/document>
42. Barbaux C. Les connaissances des sapeurs-pompiers à propos des accouchements inopinés en milieu extra-hospitalier [Mémoire : Sage-femme]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2017.
43. Villeneuve A. L'Accouchement inopiné extra hospitalier : évaluation des connaissances obstétricales et pédiatriques des sapeurs-pompiers du Puy-de-Dôme

[Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont 1; 2011.

44. Hebrard G. Connaissances obstétricales et néonatales des sapeurs-pompiers volontaires d'Ardèche [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2013 [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/92/64/29/PDF/MS13_22_hebrard_guylene_1_D_.pdf
45. Article R6311-6. Code de la santé publique (1987).
46. Butori J-B, Guiot O, Luperon J-L, Janky E, Kadhel P. Évaluation de l'imminence de l'accouchement inopiné extra-hospitalier en Guadeloupe : expérience du service médical d'urgence et de réanimation de Pointe-à-Pitre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2019];43(3):254-62. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.01.009>
47. Meyer J, Reinartz I, Pichon A, Zerr V. Régulation par le centre 15 de l'accouchement inopiné extrahospitalier et prise en charge par le Smur. *Urgences Médicales* [Internet]. 15(6):269-75. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0923-2524\(97\)84297-X](https://doi.org/10.1016/S0923-2524(97)84297-X)
48. Bagou G, Cabrita B, Ceccaldi P-F, Comte G, Corbillon-Soubeiran M, Diependaele J-F, et al. Urgences obstétricales extrahospitalières. *Ann Fr Anesth Reanim* [Internet]. 2012 [cité 19 mai 2020];31(7-8):652-65. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2012.06.001>
49. Bouet P-E, Chabernaude J-L, Duc F, Khouri T, Leboucher B, Riethmuller D, et al. Accouchements inopinés extrahospitaliers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2019];43(3):218-28. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.04.007>
50. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Les hémorragies du post-partum (texte court) : recommandations pour la pratique clinique [Internet]. CNGOF. 2014 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
51. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG). La santé périnatale en 2002-2003 : évaluation des pratiques médicales [Internet]. INSERM; 2004 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://www.audipog.net/pdf/santePerinatale/rapports/cahier_2002_2003.pdf
52. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. *EMC, Gynécologie* [Internet]. 2013 [cité 30 mars 2020];8(1):1-16. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/734743/resultatrecherche/3>
53. Stavis R. Hypothermie chez le nouveau-né [Internet]. *Msdmanuals.com*. 2017 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/probl%C3%A8mes-p%C3%A9rinataux/hypothermie-chez-le-nouveau-n%C3%A9>
54. Dysart K. Hypoglycémie néonatale [Internet]. *Msdmanuals.com*. 2018 [cité 12

avr 2020]. Disponible sur:

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-m%C3%A9taboliques,-%C3%A9lectrolytiques-et-toxiques-chez-le-nouveau-n%C3%A9/hypoglyc%C3%A9mie-n%C3%A9onatale>

55. Méliſsa F. Exploration du vécu et des attentes des médecins d'un SMUR de la région Auvergne-Rhône-Alpes face à l'accouchement extra-hospitalier [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2017.

Glossaire

Aménorrhée : Absence de menstruations

Circulaire : Enroulement du cordon ombilical autour du cou du fœtus

Délivrance : Décollement et expulsion du placenta et des membranes

Dilatation cervicale : Dilatation du col utérin

Dystocie des épaules : Difficulté au passage des épaules du fœtus

Gestité : Nombre total de grossesse

Grossesse gémellaire : Grossesse de jumeau

Multipare : Femme ayant déjà accouché

Nullipare : Femme n'ayant jamais accouché

Nouveau-né eutrophe : Nouveau-né avec un développement harmonieux

Nouveau-né hypotrophe : Nouveau-né avec un développement insuffisant

Parité : Nombre total d'accouchement

Présentation fœtale : Partie du fœtus qui se présente au détroit supérieur du bassin de la parturiente pendant l'accouchement

Présentation céphalique : La tête du fœtus se présente en premier au détroit supérieur

Présentation podalique : Les fesses du fœtus se présente en premier au détroit supérieur

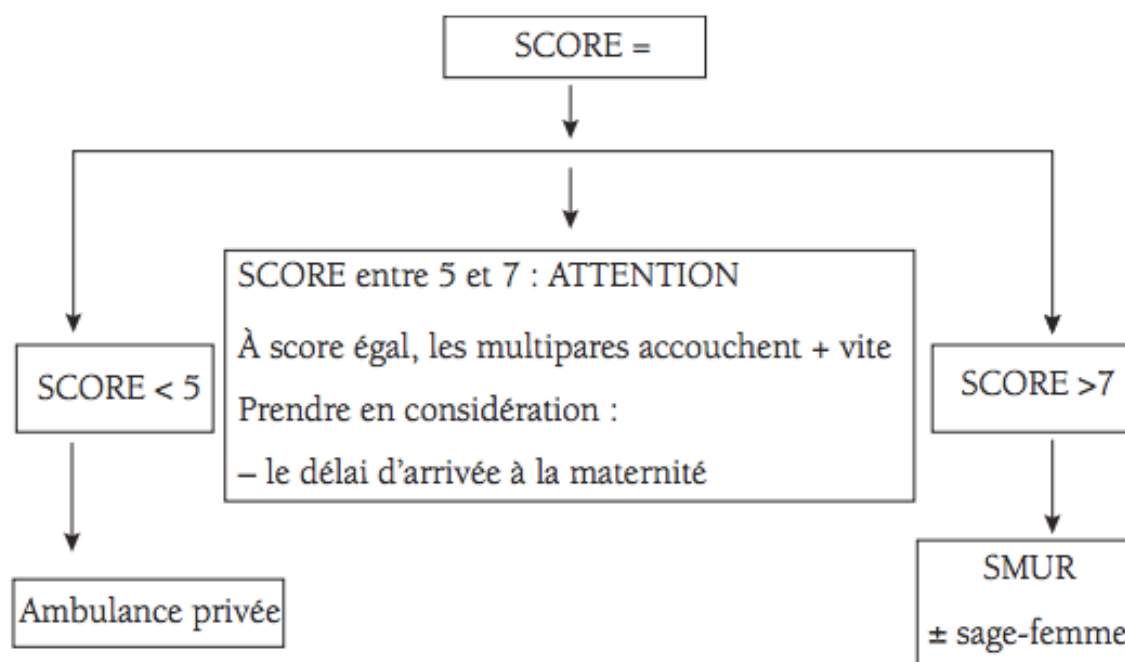
Annexes

Annexe I : Intervention pour accouchement SDIS 48

INTERVENTIONS POUR ACCOUCHEMENT SDIS 48												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Accouchement en cours à domicile	6	5	8	7	2	4	2	2	1	5	2	44
Accouchement en cours VP/LP	2	1	2	1	1	0	0	2	1	1	1	12
Accouchement imminent	5	2	6	8	6	9	9	13	11	7	20	96
	13	8	16	16	9	13	11	17	13	13	23	152

Annexe II : Score de MALINAS A

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



Annexe III : Score de MALINAS B

Dilatation de...	Primipare	Deuxième pare	Multipare
5cm... à DC	4h	3h	1h30
7cm... à DC	2h	1h	30min
9cm... à DC	1h	30min	Quelques min

Délai < 1h	Accouchement
Délai > 1h	Transport en DLG + oxygène si SFA

DC : Dilatation complète
DLG : Décubitus latéral gauche
SFA : Souffrance fœtale aigue

Annexe IV : Score SPIA

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

	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 ?	∅	NE			DEPUIS + de 30' ou TEMPS NE	DEPUIS - de 30'		0 ou 6
RYTHME des CONTRACTIONS	EVASIF (5-10') ou ∅			NE	FREQUENTES (4 - 6 minutes)		PERMANENTES	0 ou 8
* FACTEURS AGGRAVANTS		ATCD accouch RAPIDE (≤ 1 h) ou à DOMICILE	26 à 35 ans				∅ SUIVI de GROSSESSE	2 à 13

* un ou plusieurs facteurs (en faire la somme) ∅ : aucun NE : non évalué

OTER : 7 POINTS

SI **PREMIER** ACCOUCHEMENT - 7

3 POINTS

SI **TRAITEMENT TOCOLYTIQUE** - 3
PENDANT LA GROSSESSE (Per Os ou Suppo)

SCORE SPIA =

Annexe V : Score d'APGAR

Paramètres	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	< 100/min	>100/min
Mouvements respiratoires	Absents/Gasps	Lents, irréguliers	Amples/Régulière
Tonus musculaire	Atonie	Hypotonie (Légères flexions des extrémités)	Fort (Quadriflexion, mouvements actifs)
Coloration	Pâleur, cyanose généralisé	Cyanose des extrémités	Globalement rose
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible/Grimace	Cris vigoureux

Annexe VI : Guide d'entretien

I. Données générales

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Quel est votre grade au sein des pompiers ?
4. Depuis combien de temps êtes-vous pompier ? (Nb d'année d'exercice) En Lozère Autre lieu d'exercice ? (Nb d'année etc....)
5. Quel est la situation géographique de votre caserne ?

II. Expérience personnelle

6. Avez-vous des enfants ? De quel âge ? Y a-t-il des enfants dans votre entourage ? Avez-vous des frères et sœurs ?
7. Avez-vous déjà assisté à un accouchement ? Racontez-moi votre ressenti, vos émotions, ce que cela a fait ressortir chez vous ?
8. Que pensez-vous des récits d'accouchement que vous avez pu entendre ? Racontez-moi votre ressenti, vos émotions, ce que cela a fait ressortir chez vous ?

III. Expérience professionnelle

9. Avez-vous déjà participé à un accouchement ?
10. Racontez-moi cette intervention
 - État d'esprit ?
 - Votre vécu : Votre ressenti, sentiment ? Des solutions pour remédier à ça ?
 - Quel rôle avez-vous joué ? Organisation dans l'équipe ?
 - Votre prise en charge de l'accouchement ?
 - Votre prise en charge du nouveau-né et de la mère ?
 - Quels gestes ont été réalisés ?
 - A quels risques pensez-vous lors de cette intervention ?
 - Avez-vous utilisé du matériel particulier ? Existant dans le VSAV = ambulance ? Lien téléphonique etc... ?
 - Quel a été le relationnel au sein de l'équipe ? Avec le couple/ la femme ?
 - Comment s'est passé le lien avec la maternité, le transfert ?
11. Que pensez-vous des récits de vos collègues ? Racontez-moi. Comment vous positionnez-vous par rapport à cela ?
 - Comment s'organiserait l'équipe au préalable, sur l'intervention ?
 - Pensez-vous à certains outils pour vous aider ?
 - Comment réaliseriez-vous la prise en charge de la parturiente ?
 - Comment réaliseriez-vous la prise en charge du nouveau-né ?
 - Quels gestes réaliseriez-vous ?
 - A quels risques pensez-vous lors de cette intervention ?

12. Pour vous, quelle est la situation, l'intervention idéale ?

- Concernant l'organisation
- La prise en charge
- Les outils
- Les gestes à réaliser
- Le relationnel dans l'équipe et avec le couple/mère.

IV. Formation

13. Quelle formation avez-vous reçu concernant l'accouchement ?
 - Par qui ?
 - De quelle durée ?
 - A quelle occasion ? Formation initiale ? Recyclage = formation continue ? Autres ?
 - Était-elle complète ? Adaptée ?
 - Quels étaient les apports et le contenu de cette formation ? Théorique/pratique ? Au niveau de la prise en charge ? Des outils ?
 - Avez-vous besoins d'informations/ressources complémentaires ?
14. Quelle formation avez-vous reçu concernant la prise en charge d'un nouveau-né ?
 - Par qui ?
 - De quelle durée ?
 - A quelle occasion ? FI ? Recyclage ? Autres ?
 - Était-elle complète ? Adaptée ?
 - Quels étaient les apports et le contenu de cette formation ? Théorique/pratique ? Au niveau de la prise en charge ? Des outils ?
 - Avez-vous besoins d'informations/ressources complémentaires ?
15. Pour vous, quelle serait la formation idéale ?
 - Si déjà eu une formation : Le positif, le manque
 - Si n'a pas eu de formation : Décrivez la formation idéale (Théorique/pratique, contenu, prise en charge, outils, connaissances...)

V. Votre opinion

16. En quoi une personne ressource serait bénéfique/utile à votre formation ? à votre prise en charge, vos connaissances ? à votre « état d'esprit/ressenti » ? Qui serait-elle (Sage-femme, médecin généraliste, autre... ?)
17. Qu'est-ce qui peut être amélioré ?
 - Des conseils, des outils, des connaissances supplémentaires ?
 - Autres...
 - Une personne référente rattachée à la caserne, au téléphone, en intervention... ?

Annexe VII : Lettre d'information

Lettre d'information de l'étude :

Le vécu des sapeurs-pompiers face à un accouchement extra hospitalier

Investigateurs :

- CONZIMU Léa, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand.

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude concernant « Le vécu des sapeurs-pompiers face à un accouchement extra hospitalier » au sein du SDIS 48.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme.

I. Pourquoi cette étude ?

Après de multiples échanges avec des pompiers sachant que j'étais en étude de sage-femme, la chose qui ressortait le plus de nos discussions était l'appréhension des interventions prenant en charge des parturientes (Femmes en train d'accoucher). En effet, ce genre d'intervention semble être source de stress c'est pourquoi j'aimerais m'intéresser à votre ressenti, votre formation et vos connaissances et enfin et surtout vos attentes et vos besoins. Sans diplôme spécifique, sans formation poussée vous êtes en première ligne pour assister ces femmes. L'objectif principal de cette étude sera de connaître le vécu des pompiers face à ce type d'intervention.

Les objectifs secondaires, quant à eux, seront de connaître la formation et les connaissances des pompiers en termes d'accouchement extra hospitalier, les besoins de formations
s, les moyens d'entretien des connaissances, le rôle de la sage-femme, experte de la physiologie de l'accouchement dans la formation des sapeurs-pompiers.

II. L'étude en pratique

Les sapeurs-pompiers Lozériens en activité seront recrutés pour cette étude. Cette étude qualitative de type descriptive et interprétative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés via des rendez-vous et enregistrés avec un dictaphone, sera réalisée selon votre convenance. Les résultats seront analysés par une analyse thématique de contenu.

III. Confidentialité et sécurité des données :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du DPD (Délégué à la protection des données).

Après retranscription écrite, je me chargerai de détruire l'enregistrement de notre entretien.

IV. Vos droits :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

V. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude, contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires, lea.conzimu@etu.uca.fr

Annexe VIII : Formulaire de consentement

L'étudiant(e) sage-femme, CONZIMU Léa

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « **Le vécu des sapeurs-pompiers face à un accouchement extra hospitalier** »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiant(e) sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiant(e) sage-femme qui m'a présenté(e) l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiant(e) sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiant(e) sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « **Le vécu des sapeurs-pompiers face à un accouchement extra hospitalier** »

- Nom :
- Prénom :
- Numéro de téléphone :

Je refuse de participer à l'étude intitulée : « **Le vécu des sapeurs-pompiers face à un accouchement extra hospitalier** »

Fait à :

Le :

Signature

Annexe IX : Tableau descriptif des participants

	Age	Sexe	Profession	Parentalité	Grade	Nombres d 'années d'exercice	Situation de caserne
A	29 ans	Masculin	Pompier militaire	Non	Caporal-chef	9 ans	1
B	32 ans	Féminin	Serveuse	Non	Sergent	9 ans	2
C	33 ans	Masculin	Artisan	Non	Sergent	8 ans	3
D	44 ans	Masculin	Agent de maîtrise territorial	Oui	Lieutenant	26 ans	2
E	52 ans	Masculin	Éducateur	Oui	Sergent	21 ans	4
F	38 ans	Masculin	Infirmier	Oui	Adjudant-chef	18 ans	3
G	44 ans	Masculin	Service départemental	Oui	Lieutenant	28 ans	5
H	46 ans	Féminin	Vendeuse	Oui	Sergent	26 ans	5
I	46 ans	Masculin	Employé communal	Oui	Caporal	8 ans	5
J	36 ans	Féminin	Infirmière	Non	Sergent-chef	17 ans (5ans en Lozère)	6
K	22 ans	Masculin	Employé territorial	Non	Caporal	6 ans	2

Résumé

Introduction : Les accouchements extrahospitaliers ne sont plus pratique courante en France. En Lozère, la majorité des sapeurs-pompiers sont volontaires, ils interviennent rarement pour des accouchements extrahospitaliers et il existe peu de formation à ce sujet. Il n'y a pas de sage-femme experte au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) lozériens.

Objectifs : Cette étude a permis d'explorer le vécu des sapeurs-pompiers lozériens en matière d'accouchement extrahospitalier. De connaître la formation, les connaissances et les besoins de ceux-ci. Ainsi que de percevoir le rôle de la sage-femme au sein de ce milieu.

Matériel et méthode : Cette étude qualitative à visée descriptive et interprétative a rassemblé 11 entretiens semi-directifs réalisés auprès de pompiers lozériens de différentes casernes.

Résultats et discussion : Parmi les 11 pompiers interrogés, la grande majorité se sent stressé et mal à l'aise face à cette intervention. De plus, ils déplorent le manque de formation et de pratique concernant la prise en charge d'un accouchement et d'un nouveau-né.

Conclusion : Il existe un manque de connaissance et de compétences chez les pompiers en termes d'accouchement extrahospitalier mais aussi un vécu stressant de ce type d'intervention. La présence d'une sage-femme au décours de la formation des pompiers dans le but de l'améliorer, d'apporter une aide matérielle mais aussi psychologique permettraient d'atténuer leurs peurs. De plus, un lien téléphonique ou une présence sur intervention aideraient les pompiers dans leur prise en charge.

Mots clés : Accouchement extrahospitalier ; pompiers lozériens ; sages-femmes ; formation ; vécu

Abstract

Background: Extra-hospital's birth isn't ordinary in France. In Lozère, most of firefighters are voluntaries, and are rarely exposed to this kind of situations. Training sessions are rare and there's no expert midwife in the Departmental Fire and Rescue Service (SDIS) in Lozère.

Objectives: This study is exploring firefighter's experience of non-hospital delivery. The aim of this study is to know their training, knowledge and needs. And how and midwives can improve it.

Methods: In this study qualitative, descriptive and interpretative, 11 firefighters are interviewed.

Results: Most of firefighters are stressed in front of this situations. There is a lack of knowledge and practice in this domain.

Conclusion: Midwife interventions with firefighter about the proceeding of delivery is helping them to feel more comfortable with extra-hospital's birth. This collaboration helps firefighters in a material and psychological way. Phone calls or midwife's presence during these situations could help them caring for mom to be during their labor.

Keywords: Out-of-hospital childbirth; Lozère firefighters; midwives; training; experience