



**HAL**  
open science

# Prise en charge des accouchements inopinés extra hospitaliers par le Service d'Incendie et de Secours du Finistère (SDIS 29) : quels sont les ressentis et les expériences des sapeurs-pompiers volontaires du SDIS 29 ?

Estelle Hemon

## ► To cite this version:

Estelle Hemon. Prise en charge des accouchements inopinés extra hospitaliers par le Service d'Incendie et de Secours du Finistère (SDIS 29) : quels sont les ressentis et les expériences des sapeurs-pompiers volontaires du SDIS 29 ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03443338

**HAL Id: dumas-03443338**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03443338v1>

Submitted on 23 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Ecole Universitaire de Maïeutique de Brest  
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
BREST

**MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDE.**  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**  
**ANNÉE 2021**

**Prise en charge des accouchements inopinés extra-hospitaliers  
par le Service d'Incendie et de Secours du Finistère (SDIS 29) :**  
**Quels sont les ressentis et expériences des sapeurs-pompiers  
volontaires du SDIS 29 ?**

Étude qualitative, descriptive, multicentrique, réalisée auprès de douze sapeurs-pompiers  
volontaires exerçant dans les casernes de Scaër, Audierne, ou Crozon.

Présenté et soutenu par Estelle HEMON

Née le 19 avril 1997

Directeur de mémoire : Dominique PHAM

# **Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord à ma guidante, Françoise JUBIL, pour son accompagnement et ses encouragements.

Merci aussi à Justine LE LEZ pour ses conseils.

Un grand merci au Colonel Dominique PHAM pour son aide précieuse et sa disponibilité.

Mes remerciements vont également aux Chefs de Centres, Messieurs CAM, PLOUHINEC, et LARGENTON. Pour avoir accueilli favorablement cette étude, et pour leur réactivité.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux sapeurs-pompiers interrogés. Merci infiniment pour le temps consacré aux entretiens.

Merci à mon incroyable promotion pour ces belles années remplies de bonne humeur, de fous rires, et de bienveillance. Merci surtout à Léa, Camille, Noémie, Carla, et Irina, qui m'ont soutenu bien au-delà de ce mémoire. De même pour Mathilde et Solène, merci d'avoir été là surtout pour ce dernier semestre.

Et enfin merci à toute ma famille, aux tatas pour leur relecture, et surtout à mes parents pour leur soutien indispensable tout au long de mes études.

# Table des matières

<b>I) INTRODUCTION</b>	6
<b>II) MATERIELS ET METHODES</b>	9
II. 1. Hypothèses et objectifs	9
II. 2. Type et durée de l'étude	9
II. 3. Lieux et population de l'étude	9
II. 5. Outils de recherche	10
II. 6. Traitement des données	10
II. 7. Les considérations éthiques et les démarches réglementaires	10
<b>III) RESULTATS</b>	11
III. 1. Les ressentis des SPV	12
III. 1. 1. Les états d'esprit au départ de l'intervention	12
III. 1. 2. Les raisons de ces ressentis	12
III. 1. 3. Les avis des SPV concernant leur formation obstétricale	15
III. 1. 3. 1) Une formation jugée satisfaisante	15
III. 1. 3. 2) Une formation jugée peu satisfaisante	15
III. 2. Les risques redoutés par les SPV	16
III. 3. Description de la prise en charge des accouchements par les SPV	17
III. 3. 1. L'évaluation de l'imminence de l'accouchement	17
III. 3. 2. L'organisation pendant la manœuvre	17
III. 3. 3. Les actes pendant l'expulsion	20
III. 3. 4. Les modalités de prise en charge du nouveau-né	22
III. 4. Les expériences des SPV	23
III. 5. Les difficultés identifiées et appréhendées par les SPV	25
III. 5. 1. Gérer ses émotions	25
III. 5. 2. Être les premiers intervenants sur place	25
III. 5. 3. S'adapter à l'environnement et à l'équipement	26
III. 5. 4. L'effectif de sapeurs-pompiers engagés	27
III. 5. 5. Entrer dans l'intimité de la patiente	27
III. 5. 6. La particularité de certains accouchements	27
III. 5. 7. Vérifier l'état néonatal	28

III. 6. L'avis des SPV concernant l'optimisation de leurs prises en charge	28
III. 6. 1. Développer la formation continue	28
III. 6. 2. Avoir accès au CESIM	29
III. 6. 3. Avoir accès à un stage en milieu hospitalier	29
III. 6. 4. Favoriser la disponibilité médicale	30
III. 6. 5. Optimiser l'équipement	30
III. 7. État des lieux des accouchements extra-hospitaliers en Finistère et des interventions du SDIS 29 pour "accouchement imminent ou en cours" en 2019.	31
<b>V) DISCUSSION</b>	32
V. 1. Synthèse des principaux résultats	32
V. 2. Forces et limites de l'étude	32
V. 2. Discussion et propositions concernant l'optimisation des prises en charge proposées par les SPV	33
V. 2. 1. Développer la formation continue des SPV	33
V. 2. 2. Former davantage les moniteurs de secourisme	34
V. 2. 3. Favoriser l'assistance médicale	35
<b>VI) CONCLUSION</b>	36
<b>VIII) BIBLIOGRAPHIE</b>	37
<b>VII) ANNEXES</b>	40
Répartition des SMUR du Finistère, des Centres d'Incendie et de Secours et compagnies du SDIS 29.	40
Recommandations du Ministère de l'Intérieur concernant la prise en charge d'un accouchement inopiné et d'un nouveau-né à la naissance	41
Recommandations secouristes du pôle santé du SDIS 29 concernant la prise en charge d'un accouchement inopiné	42
Le guide d'entretien	43
La grille d'analyse des résultats	44
Le score de Malinas	45
La composition du kit d'accouchement	46
Tableau répertoriant les interventions du SDIS 29 pour motif d' "accouchement imminent ou en cours" en 2019	47
<b>IX) RÉSUMÉ</b>	50

# **Glossaire**

AIEH : Accouchement Inopiné Extra-Hospitalier

SDIS 29 : Service Départemental d'Incendie et de Secours du Finistère

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGSCGC : Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises

SPV : Sapeur-Pompier Volontaire

SPP : Sapeur-Pompier Professionnel

ISP : Infirmier Sapeur-Pompier

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

FMA : Formation de Maintien des Acquis

CESIM : CEntre de SIMulation en santé

# I) INTRODUCTION

En France, l'offre de soins en maternité se concentre d'années en années. En effet, deux tiers des maternités ont fermé en 40 ans, concernant tout particulièrement les maternités de plus petit niveau [1]. Selon le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 : « Le temps parcouru par les femmes pour aller accoucher n'a en revanche pas changé depuis 2003 ». Cependant ce rapport précise aussi que, la même année, 7,2 % des femmes ont déclaré avoir mis 45 minutes ou plus pour se rendre à la maternité [2]. Il est probable que l'éloignement progressif des maternités par rapport au domicile des parturientes puisse favoriser les naissances non assistées [3].

Les accouchements hors maternité sont à ce jour peu fréquents en France : ils concernaient 5 000 des 784 000 naissances en 2016. Ainsi, 0,6% des mères avaient accouché sans ou avec peu d'assistance médicale. Ce taux reste stable depuis une dizaine d'années [4]. Toutefois, il ne distingue pas les accouchements inopinés des décisions d'accoucher chez soi. Aucune donnée de la littérature ne fait état à ce jour du taux d'accouchements inopinés en France. Un registre national des AIEH a pourtant été mis en place en 2011 [5].

Les accouchements inopinés extrahospitaliers (AIEH) sont accidentels et donc ne concernent pas les femmes ayant décidé d'accoucher à domicile.

Les missions de secours d'urgence, dont la prise en charge des AIEH, sont assurées par les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ou Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Les SDIS sont des établissements publics départementaux chargés de gérer l'ensemble des unités de sapeurs-pompiers du département [6]. Du fait de leur meilleure répartition territoriale par rapport aux SAMU/SMUR, les SDIS ont en moyenne une plus grande rapidité dans leurs départs réflexes. En l'occurrence, un rapport du Sénat de 2016 précise « *Les SDIS, qui jouissent d'un maillage équilibré sur l'ensemble du territoire national, sont en effet perçus comme un service public de santé de proximité dans les territoires les moins densément peuplés, les plus enclavés, privés d'une présence suffisante de certaines spécialités médicales* » [7] (Annexe I).

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ainsi que la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC) ont élaboré des arbres décisionnels dont le but est de définir les motifs de départ réflexe des équipes du SDIS dans le cadre des secours et soins d'urgence. Ainsi, en fonction de la situation décrite par l'appelant, seront notamment

considérés comme motifs de départ réflexe : l'accouchement imminent ou en cours, la détresse respiratoire ainsi que l'hémorragie externe ou extériorisée [8].

En 2018, 74% des interventions réalisées par le Service Départemental d'Incendie et de Secours du Finistère (SDIS 29) étaient dédiées au secours à la personne. Ce service se compose de 61 centres d'incendie et de secours et de 4 postes de secours. Ses cinq missions sont : le secours à personne, la prise en charge des incendies, des accidents, des risques naturels et technologiques, et des opérations diverses. Les équipes du SDIS 29 se composent entre autres de Sapeurs-Pompiers Professionnels (SPP) et de Sapeurs-Pompiers Volontaires (SPV). Parmi eux, des professionnels de santé sont engagés au sein du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM). Le SSSM ne constituait que 5% des effectifs des différents SDIS de France en 2019. Les Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP) et les Médecins sapeurs-pompiers en font partie. Les sapeurs-pompiers volontaires, intervenant sur leur temps libre, représentaient 82 % de l'effectif total du SDIS 29 [9] [10]. Étant les plus nombreux, ils sont les plus sollicités. Certaines casernes ne sont composées que de volontaires. Concernant les départs pour un AIEH, trois sapeurs-pompiers sont engagés dans un VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes) : deux équipiers dont un conducteur, ainsi qu'un Chef d'Agrès. Ce dernier coordonne les actions de l'équipe dont il a la responsabilité. Parfois, un ISP disponible est aussi dépêché.

Même si la majorité des AIEH sont eutociques, ceux-ci exposent à davantage de risques de complications [11]. L'environnement et le matériel sont moins adaptés pour l'équipe de secouristes qui est peu expérimentée pour ce type d'intervention. De plus, l'équipe ne maîtrise pas les manœuvres obstétricales, n'utilise pas d'instruments, et doit travailler sans pouvoir prendre appui sur un dossier médical [12].

Les conditions de formation des SPV sont fixées par arrêté ministériel de la Sécurité Civile. Concernant la formation initiale, il faut notamment avoir suivi et validé le "module transverse" (socle de connaissances de base évalué de manière formative lors des mises en situation) et le module "secours à personne" [13]. Au SDIS 29, cette formation initiale de 250 heures se répartit sur une période de un à trois ans [10]. Le secours à la personne est enseigné sur deux périodes de deux semaines chacune : ce module apprend à "mettre en oeuvre les gestes de secours d'urgence nécessaires" et à être "capable de réaliser la prise en charge d'une femme enceinte" [14]. Les recommandations secouristes en matière d'accouchement sont fournies par le Ministère de l'Intérieur et par le pôle santé du SDIS 29 (Annexe II et III). En raison de la multiplicité des thèmes à aborder lors de la formation initiale, l'accouchement n'est enseigné que sur une demie journée et sera, selon les casernes, révisé et



actualisé dans le cadre de la formation continue. Les sapeurs-pompiers doivent effectuer chaque année un certain nombre d'heures de Formation de Maintien des Acquis (FMA), lors des temps de "recyclage". Les thèmes à aborder lors de ces recyclages sont régis chaque année par le Ministère de l'Intérieur. Concernant le secourisme, seules les révisions sur l'arrêt cardio-respiratoire sont imposées tous les ans. Pour le reste, l'objectif est de réviser entièrement le programme de la formation initiale sur une période de cinq ans. L' AIEH doit donc être revu obligatoirement tous les cinq ans. Cependant, les moniteurs en secourisme de chaque caserne peuvent proposer des révisions (appelées "manœuvres") sur ce thème lorsqu'une demande émane des pompiers. Les moniteurs sont des SPP ou SPV initiés aux techniques pédagogiques et ayant validé une formation de moniteur en premiers secours.

Dans le contexte actuel de multiples fermetures de maternités de proximité, il paraît important de se préoccuper des axes de formations à développer auprès des systèmes de secours, et en particulier des SPV, afin d'assurer une prise en charge efficace des AIEH [5]. En tant que futurs professionnels de la naissance amenés à former leurs pairs, nous nous sommes interrogés sur la gestion des AIEH par les SPV. Comme l'indique le référentiel métier et compétences des sages-femmes, celles-ci doivent participer aux "stratégies de partage des connaissances avec leurs pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité" [15].

Ainsi, nous nous sommes intéressés aux ressentis et aux expériences des SPV du SDIS 29 par rapport aux interventions pour accouchement inopiné extra-hospitalier, ainsi qu'aux éventuelles difficultés qui en découlent. Nous avons réalisé une étude qualitative, descriptive, multicentrique, auprès de ces professionnels de première urgence.

## **II) MATERIELS ET METHODES**

### **II. 1. Hypothèses et objectifs**

Face au constat que les SPV semblent bénéficier d'une mince formation en obstétrique, associée à leur peu d'expérience d'accouchement, nous avons émis l'hypothèse qu'ils se sentent probablement démunis lors des interventions pour AIEH et qu'ils souhaitent être davantage préparés. Nous avons choisi d'axer notre étude sur les SPV car ceux-ci sont les plus nombreux et donc les plus sollicités. Aussi, ils interviennent et sont formés sur leur temps libre : ils ont donc moins accès aux formations continues que les SPP. L'objectif principal a été de connaître leurs ressentis et leurs expériences dans ce domaine, ainsi que les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent. Parmi nos objectifs secondaires, nous avons voulu recueillir les idées qu'ont les SPV sur les actions à entreprendre pour optimiser leur aisance. Aussi, il fallait développer le contexte dans lequel s'inscrit cette étude en réalisant un état des lieux des accouchements extrahospitaliers en Finistère et des interventions du SDIS 29 pour ce motif.

### **II. 2. Type et durée de l'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative, descriptive, multicentrique, auprès de SPV de trois casernes différentes. Les participants ont été contactés par appel téléphonique et interrogés selon un mode semi-directif, de novembre 2020 à janvier 2021.

### **II. 3. Lieux et population de l'étude**

Les casernes du SDIS 29 choisies pour l'étude sont celles situées à 35 minutes ou plus de la maternité la plus proche. En effet, nous avons supposé que l'éloignement géographique des maternités par rapport au domicile des parturientes pouvait favoriser les AIEH et donc les expériences et préparations des SPV de proximité. L'étude concerne alors les casernes de : Scaër, Crozon, et Audierne. Les sapeurs-pompiers engagés dans ces trois casernes sont tous des volontaires.

Le nombre de participants a été défini par l'atteinte d'une saturation des données : l'objectif a été d'interroger douze SPV [16]. Afin d'obtenir divers points de vue, nous avons souhaité constituer un échantillon aux caractéristiques différentes, et limiter le nombre de femmes sur l'effectif total. En effet, leur possible expérience personnelle d'accouchement et leur intérêt culturellement plus important pour les thématiques abordées aurait pu influencer les réponses. Les participants ont été sollicités par le Chef de leur centre de secours (autrement dit caserne),

avisé du projet. Chaque Chef de centre nous a transmis les coordonnées de quatre SPV : deux Chefs d'Agrès et deux équipiers (sauf pour la caserne d'Audierne : un Chef d'agrès et un ISP).

## **II. 5. Outils de recherche**

Les entretiens ont été menés grâce à l'élaboration en amont d'un support : le « guide d'entretien » (Annexe IV). C'est un outil d'animation qui sert de trame pour guider l'échange et la réflexion. La première partie du guide rappelle l'objectif de l'étude, recueille les caractéristiques du participant, et lui énonce succinctement les modalités de l'entretien semi-directif. La seconde partie du guide comporte les questions à poser. Nous avons voulu recueillir des ressentis, des récits, des avis. Afin d'obtenir ces informations, nous avons parfois interrogé les SPV sur leurs connaissances pour leur remémorer les enjeux de ces interventions. Ont ainsi été abordés : les ressentis au départ des interventions pour accouchement, les formations reçues en obstétrique, les modalités de la prise en charge d'un accouchement, les expériences dans ce domaine, et enfin les avis sur les axes d'amélioration possibles pour optimiser l'aisance sur le terrain.

## **II. 6. Traitement des données**

Les entretiens, enregistrés, ont été retranscrits intégralement. Tous ont été anonymisés : chaque personne interrogée a été assimilée à l'abréviation "SPV" suivie d'une lettre. Nous avons ensuite analysé et classé les propos. Les données ont été confrontées entre elles : des correspondances et des discordances ont été établies. Ainsi, selon leur fréquence d'apparition dans les divers entretiens, les échanges ont permis de dévoiler des idées clés. Les données obtenues ont été retranscrites dans un tableau comportant des synthèses horizontales par thèmes et sous thèmes abordés (Annexe V).

## **II. 7. Les considérations éthiques et les démarches réglementaires**

Nous avons lancé l'étude après l'obtention d'une autorisation du Médecin-Chef du SDIS 29. Cette étude n'est pas considérée comme une recherche impliquant la personne humaine [17]. Nous n'avons donc pas eu à soumettre le projet à un Comité de Protection des Personnes (CPP). Toutefois nous avons collecté et exploré des témoignages. Ces données étant personnelles, l'étude a été soumise à la réglementation par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 [18]. Nous avons alors recueilli l'accord des participants pour l'enregistrement audio de l'entretien. Les témoignages ont été anonymisés.

### III) RESULTATS

Nous avons réalisé des entretiens téléphoniques semi-directifs avec douze SPV, soit quatre SPV par casernes (Scaër, Audierne, et Crozon). La durée moyenne des entretiens est de 47 minutes. Les principales caractéristiques des SPV sont répertoriées dans le tableau suivant :

	Sexe	Âge	Ancienneté	Formation(s) complémentaire(s) en secourisme	Diplôme(s) autres.	Activité professionnelle actuelle	Date de la dernière formation obstétricale reçue
SPV A	Masculin	61 ans	38 ans	-Chef d'Agrès (Sergent-Chef) -Sauveteur secouriste du travail -Moniteur en secourisme	Formation dans l'agro-alimentaire	Retraité depuis 2021	Lors des Formations de Maintien des Acquis (FMA) , il y a un an, avec un Infirmier Sapeur-Pompier (ISP)
SPV B	Masculin	23 ans	6 ans	Aucune	Formation dans le commerce	Commercial	Lors des FMA, il y a un an, avec un ISP
SPV C	Masculin	25 ans	2 ans et demi	Aucune	Formation d'auxiliaire ambulancier	Auxiliaire ambulancier	Lors des FMA, il y a un an, avec un ISP
SPV D	Masculin	38 ans	21 ans de SPV 17 ans de SPP	-Chef d'Agrès. -Formation de SPP -Formation Scaphandrier léger (plongeur) : Chef d'unité dans ce domaine.	BTS informatique logistique	Sapeur-pompier professionnel	Lors des FMA il y a trois ou quatre ans, avec un moniteur en secourisme
SPV E	Féminin	30 ans	2 ans et demi	Spécialisation sauveteur aquatique	Formation dans l'hôtellerie-restauration	Second de cuisine	Lors d'un recyclage annuel, il y a un mois, avec un formateur en secourisme
SPV F	Masculin	33 ans	6 ans	Sauveteur secouriste du travail	Diplôme d'ingénieur en électronique	Ingénieur en électronique	Lors d'un recyclage annuel, il y a deux ou trois ans, avec une infirmière
SPV G	Masculin	43 ans	21 ans	Chef d'Agrès	Aucun	Travaille chez Bolloré.	Lors des FMA, il y a un an, avec un ISP
SPV H	Masculin	51 ans	30 ans (dont 9 ans de marin pompier militaire)	-Chef d'Agrès -Sauveteur secouriste du travail	Aucune	travaille à la communauté des communes.	Lors d'un recyclage annuel, il y a deux ou trois ans
SPV I	Féminin	30 ans	1 an et demi	-Moniteur en secourisme. -Diplôme de maître nageur.	Licence en sport	Serveuse en restauration	Lors de sa formation initiale, il y a douze ans
SPV J	Masculin	42 ans	2 ans	Aucune	Niveau baccalauréat	Garde-côte	Lors de sa formation initiale, il y a environ un an
SPV K	Féminin	53 ans	17 ans	Chef d'Agrès	Non connue	Agent Territorial Spécialisé en Écoles Maternelles	Il y a deux ou trois ans
SPV L	Masculin	29 ans	12 ans	-SPV sur son temps libre -ISP rattaché au SSSM depuis 5 ans -Formateur en secourisme et en aide médicale d'urgence	-Infirmier diplômé d'état (IDE) -Formation universitaire en médecine d'urgence -Formation opérationnelle et d'aptitude pour intégrer le service de santé du SDIS 29	ISP	Il y a deux ou trois ans, lors d'une formation de maintien des compétences pour le SSSM du SDIS 29, par un Médecin-pompier Gynécologue Obstétricien

### III. 1. Les ressentis des SPV

#### III. 1. 1. Les états d'esprit au départ de l'intervention

La majorité des SPV a exprimé de l'appréhension et du stress. Ainsi, le SPV L, ayant une dizaine d'expériences d'accouchements, s'est dit *"Plus stressé qu'à la normale"*. Des SPV n'étant jamais intervenus sur un accouchement inopiné témoignent aussi en ce sens. En effet, la SPV I s'est imaginée *"Stressée à fond ! [rires] [...] Après, je pense que ce sera quand même un bon stress."* Les SPV A et B, intervenus tous deux sur un même accouchement du siège avec rétention de tête dernière, ont eux aussi exprimé leur anxiété : *"Ah, bah je peux vous dire qu'on ne fait pas trop le malin ! [...] On est complètement démuni quoi..."* a dit l'un, *"Dans ma tête c'est pas une intervention comme les autres on va dire..."* a précisé l'autre. La concentration a aussi été évoquée par deux participants : *"Je serai concentré à 2 000 %, plus que sur une autre inter'."* a dit le SPV C.

Quatre SPV ont d'emblée prononcé leur excitation à l'idée d'intervenir sur un accouchement. *"Le palpitant monte [...] Nous on adore faire ça [...] Pour les pompiers, les incendies et les accouchements : c'est des interventions extraordinaires quoi ! [...] Moi, ma plus belle intervention, hormis les incendies, ça a été l'accouchement qu'on a fait l'année dernière."* a dit le SPV G. *"C'est ce pourquoi on fait ce travail-là"* a ajouté le SPV C. Cette expérience provoquerait chez certains un pic d'adrénaline, chez d'autres une découverte stimulante.

Quelques interrogés abordent l'intervention de manière plus sereine. Effectivement, malgré le fait qu'il n'a pas encore l'expérience d'un accouchement inopiné, le SPV J nous a dit qu'il partirait *"assez sereinement"*. Les pompiers de la caserne de Crozon ont également axé leurs réponses vers cet état d'esprit : *"Bon, on est jamais trop serein [rires] [...] je pense que je prends ça comme une intervention comme une autre, en espérant que ça se passe bien quoi."* a déclaré le SPV D.

#### III. 1. 2. Les raisons de ces ressentis

Quelques interrogés ont justifié leur aisance par les expériences d'accouchement qu'ils ont vécu en tant que pompier. Le SPV H a dit : *"Moi je reste assez serein parce que, bon, j'ai l'expérience. J'ai l'expérience. Mais, je vois que les jeunes... [...] Mes équipiers qui n'en avaient jamais fait, ils n'étaient pas à l'aise du tout quoi..."*. En revanche, le SPV A, avec ses 38 ans d'ancienneté en tant que pompier volontaire et ses quatre expériences d'accouchement, a semblé nous expliquer que l'expérience ne fait pas tout. Après nous avoir parlé d'un accouchement par le siège auquel il a assisté, il a dit : *"Alors, les autres accouchements auxquels j'ai participé, c'était pas du tout ces circonstances là... [...] Même si... On est pas*

*beaucoup plus sereins [...] Si on est trop sûrs de nous en arrivant, on est à peu près sûrs de faire des conneries quoi [...] Si on sait reconnaître qu'on ne sait pas faire, et bien... C'est mieux.*” Après nous avoir fait part de leur excitation pour ces interventions, deux participants ont précisé qu'ils gardent tout de même en tête que la majorité des départs n'aboutissent qu'à un transport anténatal. Finalement, cela les rassure. L'un nous a dit : *“Donc à force de faire ça, maintenant à chaque fois on se dit « On va encore faire taxi » [rires].”*

Le manque d'expérience semble être la principale raison du stress. Selon un participant qui a la particularité d'être ISP : *“Il y a toujours une part d'appréhension, parce que c'est pas notre quotidien. [...] C'est une intervention qui sort un peu du commun”*. Le SPV I nous a parlé d'un stress positif *“Parce que je pense que ça doit quand même être un truc incroyable de... de faire ça.”* Le SPV C nous a raconté que *“ Mon père a 25 ans de pompier, il n'a jamais fait d'accouchement [...] Après, les interventions c'est vraiment du hasard... ça tombe sur nous, ou ça ne tombe pas sur nous.”*

La moitié des pompiers nous a spontanément évoqué le fait que les expériences personnelles d'accouchement, étant ici toujours positives, rassurent beaucoup. *“Après, moi j'ai l'expérience aussi d'avoir eu deux enfants [...] C'est un avantage pour moi, par rapport à des jeunes pompiers pour qui, à part le théorique...”* a évoqué le SPV H. *“J'ai pas eu des choses compliquées donc voilà c'est pour ça que je pars déjà plus serein”* a ajouté le SPV J. Selon le SPV D, *“on en prend plus conscience quand on devient parents.”*

Aussi, les ressentis sont très dépendants des représentations qu'a chaque SPV de l'accouchement. Les pompiers ont justifié ou nuancé leur ressenti au départ des interventions par les conditions de celles-ci : ils semblent bien sûr rassurés si l'accouchement s'annonce physiologique, mais plutôt inquiets s'il existe des complications. En effet, neuf SPV comptent sur le fait qu'un accouchement se passe généralement bien. C'est le cas du SPV I : *“Mais je me dis « C'est quelque chose de naturel » [...] Dans le pire des cas, l'instinct fait que... Enfin, je ne sais pas, ça fait des milliers des milliers d'années qu'on y arrive quoi.”* La SPV E a précisé : *“Ben je dirais que je suis plutôt confiante si, si la maman nous dit que c'est un accouchement classique, que l'enfant est bien positionné.”* L'ISP, qui fait partie du pôle de formation en secourisme et en aide médicale d'urgence, nous a confirmé que *“C'est le discours qu'on a aussi en formation [...] Pour rassurer les pompiers. On dit que, à la base, c'est plutôt naturel donc dans la majorité des cas ça se passe bien [rires]. [...] Bien sûr il faut avoir l'idée que ça peut quand même se compliquer.”* Au contraire, cinq pompiers semblent vouloir garder en tête que chaque accouchement a sa part de risques. Il s'agit notamment de deux SPV intervenus sur un accouchement difficile, ainsi qu'un de leurs collègues avisé de cette expérience.

Les entretiens ont révélé que les femmes sapeurs-pompiers semblent être plus intuitives et impliquées que les hommes pour ces interventions. Nous avons interrogé trois femmes. La SPV E a d'ailleurs justifié son aisance par : *"Il y a eu la formation aussi, et peut-être le fait que je sois une femme ? [...] On est plus sensibles à ça [...] On connaît un peu mieux aussi le corps de la femme."* Le SPV C confirme que certains hommes sont moins à l'aise : *"Si dans l'équipage on a une fille, je pense que ce sera plus facile [...] elles s'y connaissent un peu plus je pense."* Le SPV B a partagé cet avis : *"On n'a pas non plus la chance d'avoir une femme quand on part sur ce genre d'intervention..."*

Également, les ressentis sont bien sûr dépendants de l'arrivée d'une équipe médicale. Certains nous ont raconté leurs expériences en soulignant le fait qu'ils ont eu la chance d'être accompagnés à temps par des professionnels de santé. La communication aisée par téléphone ou signal radio avec un médecin est indispensable : *"Si on a un doute, on demande une conduite à tenir. On n'est pas livré à nous même à 100% non plus. On a toujours l'équipe médicale, on peut communiquer avec eux."* a déclaré le SPV H. C'est aussi le ressenti du SPV I : *"Je serai ultra stressée, mais bon, je me dis quand même qu'on ne sera pas lâché dans la nature."* La SPV E nous a confié : *"Après on sait que les sages-femmes se déplacent facilement aussi, elles suivent très bien leurs patientes, du fait de la proximité."*

Les responsabilités et enjeux liés à ces interventions si particulières impactent aussi beaucoup les ressentis. Nous avons ainsi retrouvé dans cinq entretiens les notions de "deux victimes" ou "deux vies" mises en jeu. Le SPV A nous a dit *"Un accouchement c'est encore plus particulier dans la mesure où... [...] il y a deux vies qui tiennent là... dont on est responsables."* Le fait que l'intervention concerne un nourrisson importe aussi beaucoup pour trois des participants : *"Déjà un enfant c'est différent d'un adulte, alors un nouveau-né... [...] Moi je pense que c'est assez pointu comme intervention."* a dit le SPV C. Un pompier a témoigné de l'impuissance qu'il pourrait ressentir face à des complications ou à des situations particulières comme l'accouchement imminent d'une parturiente ayant une césarienne programmée. L'ISP nous a expliqué que la particularité de son statut lui confère davantage de responsabilités sur le terrain : *"Quand on arrive sur l'intervention... Les secouristes, quand c'est du domaine médical, peuvent très rapidement se décharger [rires] [...] Ils se disent « Bon, tu es là, maintenant tu gères » [rires]. Ouais, mais pas tout seul... Donc il y a ce coup de pression là aussi pour nous."* Enfin, toujours concernant les responsabilités engagées, le SPV D nous a dit : *"C'est un truc de fou il n'y a plus que ça aujourd'hui, on est obligés de réfléchir à tout ce qu'on fait... Parce que, tout le monde se retourne vers tout le monde..."*. *"Si on le fait mais que ça ne se passe pas bien, ça peut retomber sur nous."* a confirmé le SPV C.

L'imprévisibilité, qui concerne de près ce genre d'intervention, peut expliquer le stress engendré. Effectivement, il existe souvent une incertitude quant à la situation que les SPV rencontreront réellement une fois sur place. Le SPV E nous a dit *“Souvent le message de départ c'est «accouchement en cours» ou «accouchement inopiné» [...] Donc nous ça ne nous donne pas beaucoup d'indications...”*. *“Des fois entre ce qu'on nous dit, et ce qu'il y a effectivement quand on arrive, c'est totalement différent.”* a raconté le SPV J.

Un seul pompier a spontanément justifié son ressenti par l'efficacité de sa formation. Il s'agit du SPV F, qui nous a dit : *“Avec la formation qu'on a eu, j'ai adopté ça d'une façon, on va dire, sereine.”*. L'ISP ressent plutôt du stress. Il a précisé : *“Et encore, c'est vrai que moi j'ai l'avantage, en faisant les formations, de m'y remettre régulièrement.”*

### III. 1. 3. Les avis des SPV concernant leur formation obstétricale

#### **III. 1. 3. 1) Une formation jugée satisfaisante**

Cinq SPV sont plutôt satisfaits de la formation obstétricale qu'ils ont reçue. C'est notamment le ressenti du SPV J, pompier depuis peu. Pourtant, il a trouvé sa formation initiale assez courte et n'a pas encore bénéficié de formation continue remémorant l'accouchement : *“Bah, je vais dire que c'est assez complet. Succinct, c'est sûr, parce que, voilà, on a plein de choses à aborder, c'est quand même assez complexe... [...] Mais on a quand même les bases pour bien aborder un accouchement ”*. Même ressenti pour le SPV H : *“On est à notre niveau [...]. Après il ne faut pas... Je pense... En savoir trop non plus. [...] S'il y a trop de choses à retenir, on ne retient pas quoi.”*. Le SPV G nous a parlé des formations continues : *“ On déballe un kit avec un champ stérile et tout ça, pour clamber etc... [...] Là dessus, c'est bien détaillé”*.

#### **III. 1. 3. 2) Une formation jugée peu satisfaisante**

Les sept autres SPV ont émis des réserves concernant l'efficacité de leur formation. Selon le SPV D, pompier professionnel dans une autre caserne : *“En fait on suit la maman, clairement... On suit et on espère que tout se passe bien, et puis... On ne va pas lui donner des tas de conseils, parce que sur ce point là on ne peut pas trop conseiller... Non, il nous manque des bases, c'est certain”*. Cet avis est partagé par le SPV A, qui, pour rappel, nous a dit s'être senti démuni lors de son intervention sur l'accouchement par le siège : *“Alors, je ne sais pas si on peut être assez préparé à ces circonstances là, mais, là pour le coup on était pas prêts du tout quoi...”*. La SPV E a précisé que la formation est *“Complète, mais elle n'est pas approfondie”*. Enfin, le SPV I nous a confié : *“Une fois tous les cinq ans, pour un truc aussi*



*compliqué, ça fait quand même pas lourd hein [...] Bon, moi, ça va, parce que je dois me reformer tous les ans, mais si je n'étais pas formatrice, je n'aurais entendu parler de l'accouchement qu'une fois il y a douze ans...".*

### **III. 2. Les risques redoutés par les SPV**

Afin de comprendre leurs ressentis et d'identifier leurs besoins, nous avons interrogé les SPV sur les risques qu'ils appréhendent.

La réanimation néonatale a été de loin le risque le plus cité. A noter que certains ont été du même avis que le SPV C : *"Là, par contre, ça on est formé, on doit savoir le faire".* La majorité des pompiers craint de devoir gérer simultanément une réanimation néonatale et une hémorragie de la délivrance. Cette dernière est très redoutée. Sans les détailler, seuls deux pompiers nous ont mentionné l'existence de risques concernant les anomalies d'insertion placentaire et l'expulsion du placenta. Un autre nous a parlé de l'arrêt cardio-respiratoire maternel dû à la fatigue. Aussi, la moitié des pompiers a spontanément parlé de son inquiétude à l'idée d'intervenir sur un accouchement par le siège, dont les trois SPV intervenus cinq mois plus tôt sur une rétention de tête dernière. La procidence est un risque qui a été cité deux fois. Le SPVC nous a raconté : *"Ce qui m'avait choqué à la télé c'était un médecin du SMUR qui était là, et les pompiers étaient là, et le cordon est sorti avant le bébé. Et, en fait, le médecin du SMUR a pris le cordon, l'a remis dans la maman [...] Il a gardé sa main à l'intérieur, du domicile jusqu'à l'arrivée à l'hôpital [...] J'ai trouvé ça fou... Parce que... C'était dans une grande ville donc il n'y avait que dix minutes de transport, mais par exemple, nous, les hôpitaux les plus proches c'est Quimperlé et Quimper [...] Donc, garder ma main dans l'utérus d'une dame que je ne connais pas pendant 35 – 40 minutes... [...] J'étais un peu choqué... Si je n'avais pas vu ça à la télé, je n'aurais jamais percuté."* Quatre pompiers ont aussi évoqué le circulaire du cordon : *"La hantise c'est de voir la tête sortir et le cordon qui est autour quoi."* a dit le SPV H. Un seul SPV redoute la dystocie des épaules, en lien avec une expérience personnelle.

### III. 3. Description de la prise en charge des accouchements par les SPV

#### III. 3. 1. L'évaluation de l'imminence de l'accouchement

Hormis l'infirmier sapeur-pompier, aucun participant n'a évoqué le score de Malinas. Ce score chiffré permet d'évaluer l'imminence d'un accouchement (Annexe VI). Il est enseigné lors des formations des SPV. Après l'avoir évoqué, nous avons constaté que la majorité des SPV ne s'en souvient pas. Et pour cause, le SPV A nous a éclairé : *“Nos formateurs nous disent de ne pas en tenir compte, dans la mesure où on n'est pas... pas compétent pour lire un score de Malinas et surtout pour interpréter quoi [...] On relève, et on note [...] Jamais on interprète parce que ce n'est pas notre métier.”* La SPV E nous a aussi dit : *“On est les yeux en fait, pas les têtes pensantes.”* *“Il faut calculer le score de Glasgow ?”* nous a demandé un participant.

La majorité des interrogés a pensé tout d'abord à la fréquence des contractions utérines pour évaluer l'imminence de l'accouchement, et quatre ont pensé à la perte des eaux. Pour cinq SPV, il est important de se renseigner sur les antécédents obstétricaux de la patiente. L'envie de pousser a été très peu évoquée. Deux pompiers penseraient à questionner la femme sur le terme prévu, et pour trois autres participants, il faut s'intéresser plus globalement à l'intuition et au comportement de la mère : *“Elle se serait mise en position antalgique, en position de travail”* a dit le SPV C. Selon le SPV J : *“C'est son corps à elle hein, c'est elle qui sait le mieux que, mieux que nous, quand le bébé va sortir.”*

Ces indices amènent à observer si la présentation foetale est visible à la vulve, mais aucun SPV ne compte examiner la parturiente. *“On regarde si le col est dilaté, si on voit les cheveux, si... tout ça on est obligé d'observer.”* a dit la SPV E. Mais, concernant le toucher vaginal : *“C'est un acte médical, on est pas censé le faire [...] Parce que c'est quand même très intrusif pour la maman [...] Après, si l'accouchement est en cours, ben là oui on intervient. Parce qu'on est le service de première urgence [...] Mais sinon non, si on peut attendre nous on attend toujours une équipe médicale.”*

#### III. 3. 2. L'organisation pendant la manœuvre

Le départ de la caserne nous a été expliqué par le SPV J : *“Quand on est bipé en fait, on voit sur le ticket de départ, donc : le nom de la personne, pourquoi on part, l'adresse, l'équipe donc le chef d'Agrès l'équipier et le conducteur de l'ambulance, s'il y a un infirmier, donc sapeur pompier, qui est dépêché aussi, et s'il y a un SAMU qui est prévenu”*. Il nous a aussi précisé que, le plus souvent, un SMUR est dépêché en même temps qu'eux. Mais, parfois, ce n'est qu'après le bilan passé au centre 15 (bilan réalisé sur place par le Chef d'Agrès) qu'un SMUR est engagé. L'ISP nous a dit, concernant son départ : *“En fait, l'équipage du VSAV décale, et en*

*fonction du motif de départ [...] on est plus proche donc on intervient en plus de l'ambulance en attendant qu'il y ait un SMUR qui arrive."*

La préparation commence dans le VSAV. Le SPV B pense à s'emparer du kit d'accouchement : *"Si c'est accouchement, même pas imminent, quand il y a des contractions, on le prépare et on le garde avec nous dans nos mains [...] Pour ne pas le chercher dans la panique."* La SPV I, qui n'est encore jamais intervenue sur un accouchement, nous a confié concernant l'organisation : *"Honnêtement je pense que ce sera un peu le boxon hein ! [...] On en fait tellement pas souvent..."*. Généralement, sur d'autres interventions, le Chef d'Agrès distribue les rôles dans l'ambulance. Mais tous ont été d'accord avec la SPV K qui nous a dit que, pour un accouchement, les rôles ne sont pas prédéfinis : *"Normalement c'est l'équipier qui s'équipe, le Chef d'Agrès qui fait la liaison entre le SMUR, le CODIS, et le médecin. Voilà. Après, ça dépend, si vous avez deux personnes avec vous qui ne sont pas aptes... Rien n'est figé."* *"Il y en a quand même un qui va s'équiper et donc qui va du coup être au plus proche de la sortie du bébé. [...] Mais par contre les gens qui vont rester plus en retrait vont avoir un rôle quand même important parce qu'il y a un rôle quand même logistique derrière. [...] Où il faut prévoir le kit, il faut mettre en place du coup de quoi recueillir le bébé. Mais il faut aussi anticiper une éventuelle évolution défavorable donc on essaye... d'avoir de quoi... sur un espace un peu plus libre, d'avoir de quoi faire la réa du nouveau-né. Prendre en compte l'intimité de la maman."* a expliqué le SPV L. Pour le SPV A, *"C'est un travail d'équipe"*. Certains ont parlé de chauffer la pièce ou le VSAV, ainsi que du linge (au micro-ondes) pour préparer le peau à peau. *"On prépare le sac DASRI, le champ stérile [...] Pour éviter aussi qu'il y ait des projections de liquide"* nous a dit le SPV F. Le but étant surtout de mettre en condition avant que le SMUR arrive. *"Après, c'est garder son sang-froid, rassurer la maman et ensuite demander les renforts suffisants."* a déclaré la SPV E.

Le tout s'organise en contact permanent avec l'équipe médicale, comme nous a expliqué la SPV K : *"Si c'est moi qui fait l'accouchement il y a quelqu'un à côté de moi qui tiendra le téléphone, ou si c'est moi qui suis à côté je décrirais tout ce qu'il se passe"*. Le SPV H a précisé, concernant le SMUR : *"En général, sinon, ils ne nous appellent pas, mais pour ces cas-là... Ils nous appellent !"*. A l'arrivée du SMUR, les SPV ont un rôle d'assistance et de logistique : *"On leur laisse vraiment toute la partie approche de la victime."* a dit le SPV D.

Pour l'expulsion, les pompiers laissent la parturiente s'installer comme elle préfère. Le SPV A a précisé : *"On a souvent entendu parlé de la position antalgique"*. Sinon, la position fréquemment adoptée est celle allongée au bord d'un lit ou d'un canapé, avec les jambes écartées. Mais la SPV K a nuancé : *"Allongée sur un lit pour accoucher... Est-ce que c'est la*

*bonne position, je ne sais pas.*”. Certains ont parlé des positions observées à l’hôpital, ou encore celles vues à la télévision.

L’opérateur de l’accouchement est le pompier qui se sentira le plus à l’aise, ou qui en a déjà l’expérience. *“Dans les équipes, on se connaît.”* nous a dit le SPV A. Un jeune pompier, sans expérience d’accouchement encore, nous a confié : *“Si je peux regarder ce serait plus simple.”* Deux des trois femmes interrogées ont expliqué qu’elles se sentent davantage impliquées que les hommes pour ces interventions. Ainsi, spontanément, la SPV K nous a dit *“Vu que je suis une femme, [rires], je serai sûrement déléguée d’office pour l’accouchement... [...] Ça m’est arrivé une fois de faire un accouchement, les garçons se sont mis en retrait un peu avec le père.”* Quand nous lui avons demandé si elle serait désignée comme opératrice, la SPV E nous a répondu : *“C’est certain ! [...] Déjà là c’était le cas.... [...] Alors que j’étais... j’avais un de mes collègues qui... bah les deux qui étaient avec moi, donc le chef d’Agrès et le conducteur, étaient beaucoup plus anciens au niveau pompier que moi. Un était formateur secouriste [...] C’est quelque chose qu’ils laissent aux femmes.... [...] Mais je leur ai dit « Moi j’ai jamais eu d’enfants non plus, c’est pas comme si j’avais déjà vécu une grossesse [...] Je ne suis pas plus calée que vous ! »”*. Néanmoins, elle est compréhensive de la réaction de ses collègues : *“On pense aussi à l’intimité de la personne [...] Comme toute intervention où ça touche la... la pudeur de la femme”*. Deux pompiers nous ont parlé du fait qu’il n’est d’ailleurs pas aisé pour tous les secouristes d’assister à un accouchement : *“On en a parlé entre nous quoi et puis il y en a plein qui se sont dit « Ben, moi j’en ai jamais fait, je ne sais pas trop comment je pourrais réagir » et puis parfois ils ne se sentiraient pas de voir ça, entre guillemets”* a affirmé le SPV B. *“Il y en a, clairement, ils ne peuvent pas. Ils vont rester plus en retrait.”* a dit le SPV L.

Concernant l’équipement utilisé, la majorité des interrogés a détaillé le contenu du kit d’accouchement. L’un d’eux a précisé *“Dans notre kit tout est détaillé vraiment de A à Z : ce qu’il faut faire, ce qu’on a à faire... S’équiper, mettre la blouse, le champ stérile...”*. Deux SPV, n’ayant pas encore participé à un accouchement, ne se sont pas souvenus de ce que contient le kit (Annexe VII). Certains nous ont parlé de l’utilité du sac de premier secours qui comprend notamment des sondes d’aspiration et un aspirateur à mucosités. Sur place, il faut s’adapter : *“On demande à réchauffer les serviettes de toilette par exemple au micro-ondes... Ou si on peut avoir de l’eau tiède”* a dit le SPV A.

La moitié des volontaires a spontanément souligné l’importance de rassurer la parturiente : *“Je sais que ce ne sera pas parfait, mais on arrivera à essayer de mettre la femme dans une situation de confiance quoi.”* nous a dit le SPV I. Selon le SPV F : *“ On fait tout pour rassurer la mère, pour montrer qu’on sait ce qu’on a à faire.”* Un pompier a parlé d’éloigner les

proches de la scène, dans certaines situations. Après nous avoir raconté un accouchement difficile, le SPV A a évoqué l'importance de garder son calme : *"À aucun moment, ni la maman, ni son conjoint, n'ont su que le bébé était mal quoi. On a réussi à leur cacher ça jusqu'à la naissance [...] l'équipe du SMUR nous a félicité [...] pour notre sang-froid."*

### III. 3. 3. Les actes pendant l'expulsion

Un sapeur-pompier de chaque caserne a mentionné le fait qu'il prendrait appui sur les connaissances du couple pour accompagner l'accouchement. Le SPV C nous a dit : *"La mère et le père qui sont là, eux aussi ont eu des cours avec leur sage-femme je pense [...] Et puis, si ce n'est pas le premier, la mère doit savoir aussi comment ça se passe. On s'aide comme ça."* *"C'est beaucoup la maman qui... Qui nous guide, finalement"* a dit le SPV A. Pour le SPV J, une fois l'enfant né, *"On le donnera à sa maman, qui saura... Qui saura mieux faire que nous..."*

Nous avons parfois échangé sur les manières de guider la poussée durant les efforts expulsifs. Selon la majorité des SPV, il faut pousser pendant la contraction, et essayer de gérer son souffle. Beaucoup ont insisté sur le fait qu'ils ont un rôle important : celui d'encourager la mère. Trois pompiers dont le SPV F nous ont détaillé ceci : *"Il y a la phase sortie de la tête où là on lui demande de ne pas pousser le temps qu'on s'assure que le cordon n'est pas pris autour de la tête, et le temps de faire le quart de tour pour passer les épaules. [...] Et après, on lui demande de pousser, et la dernière fois normalement il est censé être sorti."* Un seul participant, la SPV E, essaierait de retarder l'accouchement : *"Le premier réflexe ce serait de lui dire d'attendre, si elle peut, de ne pas pousser [...] Mais si la maman nous dit qu'elle ne peut pas faire autrement alors on se dit « Bon on se lance, c'est parti »."*

A chaque fois que nous avons abordé la question des gestes réalisés pendant l'accouchement, au moins un de ces trois termes est revenu : réceptionner, retenir, mais surtout accompagner. Fréquemment, les pompiers nous ont parlé de laisser faire naturellement, de faire en sorte que l'enfant ne tombe pas, et de ne pas tirer, ni sur le cordon, ni sur l'enfant. D'après l'ISP : *"Finalement, il n'y a pas tant de gestes."* *"Les choses qu'on fait quand on aide quoi... Comme moi j'ai aidé quand c'était mes propres enfants..."* a dit le SPV G. Aussi, spontanément, huit SPV ont évoqué la rotation en quart de tour effectuée naturellement par le nouveau-né. Certains savent à quoi cela aide, d'autres pas du tout. Quelques-uns ont parlé d'accompagner ce mouvement. Mais la SPV I, formatrice en secourisme étant donc amenée à enseigner l'accouchement nous a dit *"À aucun moment on tourne, ou quoi que ce soit, c'est juste on réceptionne la tête [...] On le laisse faire quoi."* Elle n'a d'ailleurs pas mentionné le fait de ralentir la progression foetale, tout comme la majorité des interrogés. Aucun ne nous a parlé des déchirures périnéales et de leur prévention. Dans leurs descriptions, seulement quatre SPV

ont parlé de vérifier l'absence de circulaire. Le SPV B a avoué qu'il oublierait sûrement cette étape, et que, à la vue d'un cordon, il aurait *“peur de faire mal au bébé et puis à la mère aussi si on tire dessus.”*

Certains ont évoqué l'accouchement par le siège, pour lequel la conduite à tenir est floue : *“Je ne sais plus du tout. Je sais qu'il y a des trucs à faire, mais je ne sais plus exactement.”* a dit le SPV J. Concernant son expérience, le SPV A a raconté que *“Cela se passe sous nos yeux comme ça... on ne fait qu'accompagner quoi.”* Le SPV D, intervenu sur la même situation, a tenté la manœuvre de Mauriceau apprise en formation.

Après l'expulsion, presque tous les pompiers nous ont spontanément affirmé qu'ils clampent le cordon. L'un a précisé : *“Après, il y avait le débat : Est-ce qu'on coupe ? Est-ce qu'on ne coupe pas ?”*. En effet, le sujet concernant la possibilité pour les SPV de couper le cordon sans avis médical a divisé les participants. Quatre d'entre eux prendraient l'initiative de couper d'eux-mêmes le cordon. Mais selon huit pompiers, dont un formateur en secourisme, il faut attendre l'aval du SMUR. Certains ont qualifié le geste *“d'acte médical”* et d'autres ont précisé qu'ils ne le feraient qu'en cas de situation d'urgence vitale. Le SPV H nous a résumé ceci : *“On est formé pour le couper aussi... Mais vraiment, ça doit être vraiment des situations dans lesquelles l'équipe médicale... L'équipe médicale ne peut pas venir [...] S'ils sont là c'est à eux de le faire, ce n'est pas à nous !”*. Pourtant, le SPV F, de la même caserne, a dit : *“Mais pour moi ce n'est pas un acte chirurgical... La pince est stérile, la zone est stérile... Il n'y a pas de risques [...] On nous a dit qu'on pouvait couper”*. La SPV E a partagé cet avis : *“Je ne me suis même pas posé la question en fait... Moi, je coupe.”*

Aucun sapeur-pompier ne prendrait activement en charge la délivrance. La plupart nous ont expliqué qu'il ne faut pas tirer sur le cordon, que la délivrance est un phénomène naturel, et qu'il faut conserver le placenta dans un sac DASRI. Deux pompiers dont le SPV E nous ont confié : *“Je pense que ça me serait sorti de la tête complètement [...] Et puis on fait attention à la maman, il y a plein de choses à gérer.”* La majorité a avoué avoir peu de notions sur le déroulement et le délai d'une délivrance, et que *“Généralement, l'équipe du SMUR est déjà arrivée”*. Nous n'avons pas abordé la surveillance du post-partum immédiat. Mais, spontanément, le SPV B nous a raconté y avoir participé lors d'une intervention : *“On fait aucune manipulation sur le ventre de la mère, on regarde juste s'il y a des saignements ou pas quoi.”* D'autres pompiers resteraient attentifs au risque de malaise chez la mère.

### III. 3. 4. Les modalités de prise en charge du nouveau-né

Tous ont eu le réflexe de nous parler de la prévention de l'hypothermie néonatale. Le SPV B nous a dit : *“Le mettre directement sur la poitrine de la maman pour ne pas qu'il perde en température [...] Et le couvrir tout de suite : couverture de survie, ou serviettes chaudes.”*

Certains ont parlé de “débarbouiller” le nouveau-né, de chauffer la pièce, et de lui mettre un bonnet. Presque tous les SPV nous ont parlé du peau à peau, dont deux pompiers qui ont précisé que cela est important pour l'établissement d'un lien entre la mère et l'enfant.

Deux participants ont pensé à stimuler le nouveau-né : l'un a évoqué le séchage et la stimulation, et le SPV F nous a expliqué *“Il faut le frotter dans le dos et taper sur les fesses, il faut vraiment le frictionner.”* Certains utiliseraient un aspirateur à mucosités si l'enfant semble encombré. En ce qui concerne la réanimation néonatale, certains SPV nous ont dit avoir la formation et le matériel nécessaire. Pour d'autres, il manque des sondes d'aspiration adaptées. Seul l'ISP nous a détaillé précisément les étapes de cette réanimation. D'ailleurs, le SPV F nous a dit : *“C'est des gestes qu'on fait facilement sur un arrêt cardio, mais pour les nouveau-nés, on ne fait pas ça souvent quoi.”* D'autres nous ont confié ne pas savoir comment réagir lors des premières secondes de vie de l'enfant, comme la SPV I : *“Je ne sais pas... s'il ne réagit pas ? S'il ne fait pas de cri ? Est-ce que c'est... J'ai peur de dire des bêtises... Des petites tapes dans le dos ? Comme... Comme pour un étouffement ? [...] Vérifier au bout de 5 minutes si la saturation elle est normale... Mais bon... À vrai dire je ne sais même pas si la saturation elle sera déjà normale ?”*

De tous les entretiens, les termes revenus pour vérifier l'état néonatal sont : la respiration, la ventilation, les pleurs et cris, la coloration, la réaction, et la conscience. Un participant nous a dit qu'il aurait vérifié *“S'il serre au niveau des mains”*, un autre nous a parlé du tonus, et seul l'ISP a mentionné le score d'Apgar. Quatre SPV nous ont expliqué qu'il faut monitorer l'enfant et relever ses constantes (saturation, et fréquence cardiaque). Un participant a parlé de prendre la tension du nouveau-né. Pour le SPV D, si l'enfant a pleuré : *“J'attends que le médecin arrive pour qu'il fasse le point [...] On n'a pas de formation pour ça quoi.”* Quand nous leur avons demandé s'ils prennent à part l'enfant pour établir un premier bilan d'urgence vitale, tous les pompiers ont été du même avis que la SPV K : *“Je pense que je le poserais sur sa mère et je ferais mes vérifications... Enfin, si l'enfant va bien, si je vois bien qu'il crie, qu'il respire. Par contre, si je vois qu'il y a un souci, il sera tout de suite transmis à mes collègues.”* Le SPV B a ajouté : *“Et si on voit que c'est un peu chaud on va le mettre à part dans un coin où la mère ne peut pas trop voir peut-être si on fait des gestes un peu brutaux.”*

### III. 4. Les expériences des SPV

Sur les douze sapeurs-pompiers interrogés, seulement trois n'ont pas encore vécu d'accouchement inopiné. Les autres en ont expérimenté deux à trois en moyenne. Certains pompiers sont intervenus sur un même accouchement. Pour huit récits sur les douze, un SMUR ou une sage-femme libérale était arrivée à temps (c'est-à-dire avant l'expulsion foetale). Globalement, les participants ont qualifié leurs expériences de "positives". La SPV K nous a dit : *"On sort de là, on est heureux..."*. Mais le SPV A nous a confié : *"On est aussi content quand ça se passe aussi à l'hôpital [...] Quand on a juste le transport à faire, c'est quand même mieux [...] Que ça se passe en milieu hospitalier... parce que... dans l'ambulance, c'est pas la joie."*

Les accouchements physiologiques évoqués ont laissé de bons souvenirs aux intervenants. Notamment, la SPV K s'est rappelée être intervenue chez une connaissance. Elle savait que cette mère avait déjà vécu un accouchement rapide auparavant : *"C'est toujours une petite angoisse... Enfin, même, une grande angoisse [...] C'est quand même un accouchement. Et puis bon, voilà, ils sont arrivés et ça a été un soulagement [...] J'étais juste à côté du médecin [...] Elle m'a tout commenté ! C'était enrichissant."* Accompagnée par une sage-femme libérale, la SPV E nous a aussi partagé son expérience : *"C'était déjà sa quatrième grossesse, donc ça a été super vite, on a été déclenché à 7h47 et elle a accouché à 8h14 ! [...] Nous on a récupéré la maman, en fait, qui se rendait à l'hôpital, donc elle a dû s'arrêter avec une amie sur la route. [...] Du coup moi j'étais aux ordres de la sage-femme. [...] On a fait l'accouchement toutes les deux."* Le SPV F garde lui aussi un très bon souvenir de son intervention : *"C'était son quatrième enfant. [...] Donc c'est arrivé très vite [rires]. [...] Le temps qu'on arrive, on a eu juste le temps de s'équiper, et on a réceptionné le bébé."* Deux sapeurs-pompiers de Crozon nous ont dit avoir accueilli, en pleine manoeuvre à la caserne, une femme sur le point d'accoucher. L'un d'eux a assisté le SMUR qui a réalisé l'accouchement dans un VSAV. Sur une même expérience vécue par les SPV A et B, le premier nous a raconté : *"On l'a allongée au sol tout de suite. Et le temps d'enlever son sous-vêtement en fait [...] la petite elle naissait."* L'autre, qui n'avait encore jamais vu d'accouchement, nous a confié : *"Moi, je pensais qu'elle s'était pissée dessus clairement... [rires] Mon père m'a dit « Dépêche-toi, on la met au sol, elle a perdu les eaux ! » [...] J'étais très surpris... Après, on a fait un débrief, j'ai demandé « Est-ce que c'est tout le temps comme ça ? Entre la perte des eaux et l'accouchement ? » "*

Certains SPV nous ont aussi fait part d'expériences plus spéciales. C'est le cas du SPV H, intervenu sur son tout premier accouchement en pleine rue à Marseille : *"J'ai vu une jeune fille de 17 ans accoucher dans une ruelle [...] C'était un déni de grossesse [...] La tête était déjà sortie au sol [...] Donc on a mis un champ stérile en dessous [...] Elle ne voulait pas bouger,*



*parce qu'elle était bouleversée de ce qu'il lui arrivait.*“ Ce pompier nous a aussi fait part d'une intervention, en bord de route, où la mère installée dans l'ambulance refusait d'être prise en charge par des hommes. L'équipe, dans l'impasse, a donc été contrainte d'attendre le SMUR dehors. Enfin, il nous a parlé de la fois où *“Il était, je ne sais pas, 5 heures du matin [...] L'équipe médicale nous a rejoint au domicile de la maman. Ils l'ont techniquée dans le VSAV et après on a... on a roulé [...] C'était des jumeaux. [...] On s'est arrêté et le premier est né au Faou. [...] Et le deuxième est né... Il est né à Morvan.”*

Trois sapeurs-pompiers d'une même caserne nous ont raconté leur expérience d'accouchement par le siège avec rétention de tête dernière. Le SMUR était sur les lieux dix minutes après eux. *“Moi, je me suis équipé... Et on a essayé d'extraire l'enfant... Parce que moi je voyais bien que la maman ne pouvait plus [...] Ça avait été très très très compliqué... [...] Et il était vraiment coincé. On a jamais réussi à le sortir. J'ai essayé pourtant, comme on avait vu en formation, avec les deux doigts et tout ça, mais... [...] Là, on était bien content que le SMUR arrive... [...] C'était vraiment l'urgence, sinon on aurait laissé comme ça.”* a précisé l'un. Un autre nous a dit *“Et donc, quand le SMUR est arrivé, ils nous ont dit... Enfin, ils nous ont rien dit mais on a compris qu'il était en arrêt cardio-respiratoire [...] Je vais vous dire... on s'est regardé hein pendant quelques moments, tous les trois... et puis alors, on... on ne voulait pas non plus... que la maman... soit encore plus perturbée quoi. Pour le papa, on a réussi à l'éloigner, on l'a fait sortir de la pièce”*. Le troisième pompier a vu le médecin du SMUR extraire l'enfant et débiter la réanimation entre les jambes de la mère. Ensuite, il nous a dit : *“De temps en temps on allait voir la maman aussi, parce qu'il y avait pas mal de sang qui coulait par voie basse [...] Et du coup on allait transmettre à l'infirmière pour qu'elle aille voir.”* Le pompier ayant essayé la manœuvre nous a décrit son rôle après l'accouchement : *“Moi j'étais au BAVU, à la réanimation avec le médecin [...] J'ai pratiqué de A à Z avec eux quoi [...] C'était vraiment stressant [...] On a fait ce qu'il fallait faire [...] C'est... C'est simplement le regret que j'ai, de ne pas avoir réussi à le sortir [...] On l'avait appris en cours mais bon, sur un mannequin... [...] Et puis bon voilà moi après je suis parti sur autre chose, je devais gérer l'hélicoptère qui venait de Brest aussi, sur le terrain de foot d'en bas. Enfin, il y a eu plein de choses à gérer. Et puis, la maman on ne pouvait pas la sortir par l'escalier, il a fallu la sortir par la grande échelle, par la fenêtre...”* Il nous a confié que, hormis les incendies, c'est sa plus belle expérience en tant que pompier.

### **III. 5. Les difficultés identifiées et appréhendées par les SPV**

#### III. 5. 1. Gérer ses émotions

Pour certains pompiers interrogés, il est important de gérer son stress et de garder son sang-froid sur ce genre d'intervention. Et, parfois, c'est ce qu'ils appréhendent. *“Je ne sais pas, essayer de se souvenir de tout ce qu'on a appris, ça ne peut pas être toujours facile, surtout quand on a une formation que tous les 5 ans.”* nous a déclaré la SPV I. Sur l'intervention du siège, le SPV A nous a expliqué : *“Sur le coup, notre sang-froid, euh... il a fait quelques tours ce jour là... [rires] [...] Ça a été un boulot supplémentaire [...] Mais, entre nous, l'équipe du SMUR et les trois pompiers sur les lieux, et ben ça a été des regards quoi...”*

#### III. 5. 2. Être les premiers intervenants sur place

Une des difficultés les plus identifiées a été celle liée au fait d'être les premiers secours sur les lieux et de devoir commencer à aborder la situation dans l'attente stressante d'un SMUR, plus ou moins éloigné. En nous parlant de l'accouchement dans une ruelle à Marseille où le SMUR était arrivé très rapidement, le SPV H nous a dit : *“Ce serait arrivé chez nous... Je pense que... Nous on a un délai de, aller 30-35-40 minutes pour que l'équipe médicale arrive si elle vient par la route [...] Là... C'est différent... Ce serait à nous de faire le boulot quoi [rires].”* La SPV E nous a dit : *“En presque île, on est loin de tout”*. Son collègue a précisé que par la route le SMUR met une heure à arriver. A la caserne d'Audierne, selon le SPV J, *“Il suffit qu'il y ait un accouchement tout au bout de la Pointe du Raz et que le SAMU est sur une intervention déjà sur Quimper...[...] Ou que ce soit la nuit... Ou le temps qu'ils finissent puis qu'ils arrivent... Ben voilà, je pense que le bébé sera là déjà.”* Au contraire, trois pompiers sur les douze estiment que l'éloignement des SMUR est raisonnable. L'ISP nous a précisé que le délai d'arrivée d'un SMUR dépend de s'il a été engagé, ou non, en même temps que le VSAV des pompiers. Parfois, le départ du SMUR est dépendant de la demande du régulateur, après que ce dernier ait analysé le bilan initial envoyé par le Chef d'Agrès présent sur les lieux. Afin que ce bilan soit passé au plus vite pour recevoir une ambulance rapidement, le SPV F nous a expliqué : *“Bon, maintenant les délais on va dire de... Pour avoir un médecin régulateur, sont assez longs. Généralement on tourne autour de 7 à 8 minutes. Donc il compose déjà le 15 et remplit son bilan en même temps.”*

### III. 5. 3. S'adapter à l'environnement et à l'équipement

Parfois, l'environnement dans lequel les SPV interviennent ne leur permet pas de travailler dans de bonnes conditions. *“On était dans une voiture la première fois, mais on a réussi à la mettre dans l'ambulance juste avant. [...] Mais dans la voiture on était pas serein par contre !”* a raconté le SPV F. Accoucher dans l'ambulance n'est pas confortable non plus : *“Les garçons sont restés dehors. Puisque nos ambulances sont assez petites.”* a constaté la SPV E. Trois participants sont intervenus ensemble dans une maison insalubre : *“Il y avait des excréments de chats et de chiens dans la cuisine... Ah non mais c'était très très particulier quoi... [...] Du tabac roulé sur la table du salon... [...] L'hygiène, pour nous, ça compte quoi...”* a dit l'un. *“Ça mettait un stress en plus je trouve”* a ajouté l'autre. Mais l'environnement ne semble pas être un problème pour d'autres, comme le SPV C : *“L'environnement, moi je n'y prête pas trop attention [...] Moi, dans tous les cas quand j'arrive, si je n'ai pas de place : j'en fais.”*

Il faut parfois aussi gérer les autres personnes, et l'entourage. *“Vous voyez bien, une ruelle... Tout le monde s'arrête pour voir.”* nous a dit le SPV H. Même s'il ne l'a pas identifié comme étant une difficulté, le SPV B nous a appris que, lors d'une intervention : *“Le papa n'était pas présent. Il était au boulot. [...] Et puis, il y avait aussi les enfants qui criaient partout [...] Moi j'étais plus observateur et à rassurer les deux enfants qui étaient là.”* La SPV E a ajouté : *“Dans les maisons souvent, il y a des animaux... donc c'est un peu compliqué.”* Deux pompiers nous ont aussi déclaré que, parfois, il peut être compliqué de devoir prendre en compte l'avis de l'entourage présent. Ainsi, selon le SPV A : *“Si la maman est seule : ça va encore. Si les deux parents sont là : ça se complique [...] Avec chacun leur avis perso... [...] Alors nous, quand on arrive... Si c'est pour ramener un autre avis encore... qui peut ne pas être le même que les deux autres [...] ça peut être compliqué quoi.”* *“Il y aura trop d'informations qui viennent : nous on aura le médecin au téléphone, il y aura la famille...”* a aussi exprimé la SPV I.

Seuls trois SPV ont jugé leur équipement insuffisant. Un pompier nous a dit avoir difficilement géré *“les fluides et les liquides”* lors de son expérience : *“Nous on est pas du tout équipé en fait ! [...] On a une mini alèse, on dirait un protège-slip en épaisseur [...] C'est vrai que, on oublie ce genre de... de petit détail mais ça a son importance parce qu'il faut faire attention, parce que la maman est gênée aussi”*. D'autres ont mentionné le fait qu'ils n'ont pas de sonde d'aspiration adaptée pour les nouveau-nés. Ainsi, pour s'adapter à la sonde : *“On cherchera à l'écraser un peu... Ou diminuer un peu le trou...”* nous a expliqué le SPV B.

### III. 5. 4. L'effectif de sapeurs-pompiers engagés

Trois pompiers craignent de n'être pas assez nombreux dans le cas où la situation se complique. C'est le cas du SPV A : *“Alors, maintenant on est plus que 3 en VSAV. Avant on était 4, et, ben... moi je dis que c'était mieux [...] Plus on est à penser aux mêmes choses et bien... mieux c'est.”* Le SPV D a pensé aux situations où une réanimation néonatale et une hémorragie ont lieu simultanément : *“On est que trois, donc forcément... On privilégie la réa du bébé... Donc des fois on pourra peut-être passer à côté de l'hémorragie, ou alors les deux se passent en même temps... Et donc là on peut être très très vite débordé [rires].”*

### III. 5. 5. Entrer dans l'intimité de la patiente

Le fait que ces interventions touchent à l'intimité de la femme n'a jamais spontanément été identifié comme une difficulté. Cependant, cet élément est revenu fréquemment dans les entretiens. *“Et puis on rentre clairement dans l'intimité [...] d'une personne qu'on ne connaît pas et que, en plus, on peut être amené à croiser le lendemain...”* nous a dit la SPV I. C'est d'ailleurs l'absence de femme secouriste qui avait mis en difficulté un pompier face à une mère qui refusait la présence d'hommes.

### III. 5. 6. La particularité de certains accouchements

Deux pompiers nous ont témoigné leur étonnement face à la rapidité de ces accouchements, comme le SPV B : *“Je n'ai pas vraiment vu la mère pousser, ou avoir des contractions, du coup je trouvais ça un peu bizarre... Enfin, il manquait un bout de l'accouchement je trouvais.”* Plusieurs autres interrogés ont insisté sur le fait qu'ils avaient tout juste eu le temps de s'équiper.

Mais ce que redoutent le plus les SPV, ce sont les complications. Celles-ci ajoutent de la difficulté sur une intervention déjà peu familière aux équipes. Certains ont exprimé leur impuissance en cas d'accouchement par le siège, en cas de réanimation, mais surtout en cas d'hémorragie du post-partum. C'est le cas du SPV I : *“Je sais pas du tout dans quels cas ça arrive, et alors là ce qu'il faut faire...”* Le SPV D nous en a parlé aussi : *“Comment arrêter ça... Ouais, c'est chaud... [...] il ne faut pas, nous, l'occulter. Il faut pouvoir le quantifier... Mais nous, souvent, on éponge, on éponge, on ne fait pas trop attention...”*. *“Nous à part des compresses... Pour arrêter l'hémorragie on a pas grand chose quoi”* nous a dit le SPV B. L'ISP a notion du massage utérin, mais ne se trouve pas formé à la gestion initiale des hémorragies. Le risque de procidence a aussi été évoqué deux fois. *“La procidence, ben... Malheureusement nous on ne peut pas faire grand chose non plus...”* a confié le SPV L.

### III. 5. 7. Vérifier l'état néonatal

Une autre difficulté fréquemment retrouvée concerne l'évaluation de l'état de santé de l'enfant dans ses premières minutes de vie. En effet, la SPV E a dit : *“Ça m'a paru une éternité avant que l'enfant pleure, alors que, en fait, c'était juste dans le feu de l'action, le stress, et puis l'émotion... Parce que moi je n'avais jamais vu ça...”*. Le SPV D a confirmé : *“Ce petit laps de temps là, il est assez stressant [...] Quand il se passe, peut-être... trente secondes, et on se dit «On attaque ? On fait quoi là ?» [rires].”*. Un pompier nous a évoqué la difficulté d'évaluer la respiration de l'enfant.

## **III. 6. L'avis des SPV concernant l'optimisation de leurs prises en charge**

### III. 6. 1. Développer la formation continue

Aucun participant n'a jugé utile de développer la formation initiale des SPV sur les accouchements. En effet, selon le SPV B : *“La formation initiale, au tout début, ça allait... Mais, dans le temps... Parce que... Il y en a qui ça fait un moment sont pompiers et n'en ont pas fait encore donc il y a des oublis.”*. Les pompiers ont été en accord avec le SPV C, qui a ajouté : *“On a énormément de choses à voir et en très peu de temps. [...] Donc c'est vrai que si on parle pendant une demi-journée de l'accouchement, on ne peut pas vraiment faire beaucoup plus.”*

En revanche, dix des interrogés ont proposé de développer la formation continue. La plupart souhaitent avoir des formations plus poussées sur les gestes, surtout concernant les situations compliquées. Ils ont proposé de revoir ce thème au moins une fois par an, pendant une voire deux heures. D'après le SPV D : *“Même si c'est sans rentrer dans les détails, mais si on faisait à chaque fois une heure, ne serait-ce qu'une heure ou deux heures par an... Revoir... Ouvrir les kits, les machins... Bon, bah déjà... Déjà on serait plus à même... [...] Il faut forcément se préparer, ou sinon dans ce cas-là on ne nous envoie pas quoi, et on décide de n'emmener que des équipes de l'hôpital directement.”* Il se sent davantage formé aux désincarcérations et aux incendies, alors que ces interventions ne lui semblent, finalement, pas beaucoup plus fréquentes qu'un accouchement. Aussi, deux formateurs en secourisme aimeraient être plus formés : *“Regardez, moi, je n'ai jamais fait un accouchement de ma vie, et je suis censé former des pompiers à faire ça quoi... [...] Enfin, du coup clairement, je lis ce qu'il y a marqué dans le bouquin, et c'est tout quoi.”* a déclaré la SPV I. Cependant, le SPV A nous a fait la remarque suivante : *“En faire plus que ce que l'on fait déjà, ce serait aussi en faire des spécialités [...] Après, nous, on reste des volontaires... [...] Moi je ne voudrais pas que ce soit une spécialité quoi... Ça voudrait dire aussi que les hôpitaux ils se diraient « Oh, bah de toute*

*façon ils savent faire, ils vont faire » [...] Moi je vois... je vois le danger là quoi.”. Après en avoir discuté avec le SPV C, celui-ci nous a dit : “Nous, on compte vraiment sur le SMUR. Il ne faut pas que ce soit l'inverse. Ils peuvent se reposer sur nous, mais pas pour des choses aussi techniques”.*

La majorité des pompiers a déjà bénéficié d'une formation sur des mannequins adaptés, et souhaite y avoir de nouveaux accès. En effet, ils trouvent cela plus parlant et ludique. Un SPV propose d'avoir les mannequins à disposition dans les SDIS, pour pouvoir s'entraîner sans attendre l'intervention d'un membre du service de santé. Mais un participant, formateur en secourisme, a précisé : *“Quand je fais les formations il n'y a pas de mannequin non plus parce que le mannequin il coûte un bras.”*. Un autre pompier nous a raconté que, en formation, il a apprécié apprendre la façon de couper un cordon ombilical sur des tuyaux en caoutchouc.

Certains participants nous ont soumis l'idée de faire intervenir plus fréquemment des spécialistes durant les formations. C'est le cas de l'ISP : *“En plus, clairement, profiter de formations qui sont animées soit par des sages-femmes ou des gynécos, c'est vraiment un vrai plus quoi. [...] Parce que, vous avez vraiment de l'expérience et le vécu, nous on se base sur des connaissances mais bon c'est un peu comme si on étudiait que sur des livres, mais entre les livres et la vie... C'est pas forcément pareil.”*. Cependant, un SPV n'est pas forcément de cet avis : *“S'il y a de la disponibilité, pourquoi pas. Après, si les formateurs sont capables de retranscrire les paroles et de nous expliquer... C'est suffisant.”*.

### III. 6. 2. Avoir accès au CESIM

Le SPV D nous a spontanément parlé de son souhait de participer à un CESIM (CEntre de SIMulation pour l'apprentissage des sciences de la santé) sur l'accouchement. Nous avons alors, plus tard, évoqué cette option avec deux participants qui ont apprécié l'idée : *“Peut-être pas tous les ans, mais au moins y aller une fois [...] Je pense que ce serait intéressant.”* a dit la SPV E. Un autre participant partage cet avis et a ajouté que, d'ailleurs, les mises en situation sont bien utiles aux pompiers dans d'autres domaines, comme pour la gestion des incendies.

### III. 6. 3. Avoir accès à un stage en milieu hospitalier

Deux SPV nous ont exprimé leur souhait d'avoir accès à un stage au bloc naissance : *“Après je pars peut-être sur une utopie [...] Pour pouvoir, demain, sur le terrain quand on est tout seul, avoir déjà vu et pouvoir reproduire des gestes.”* nous a dit l'ISP.

#### III. 6. 4. Favoriser la disponibilité médicale

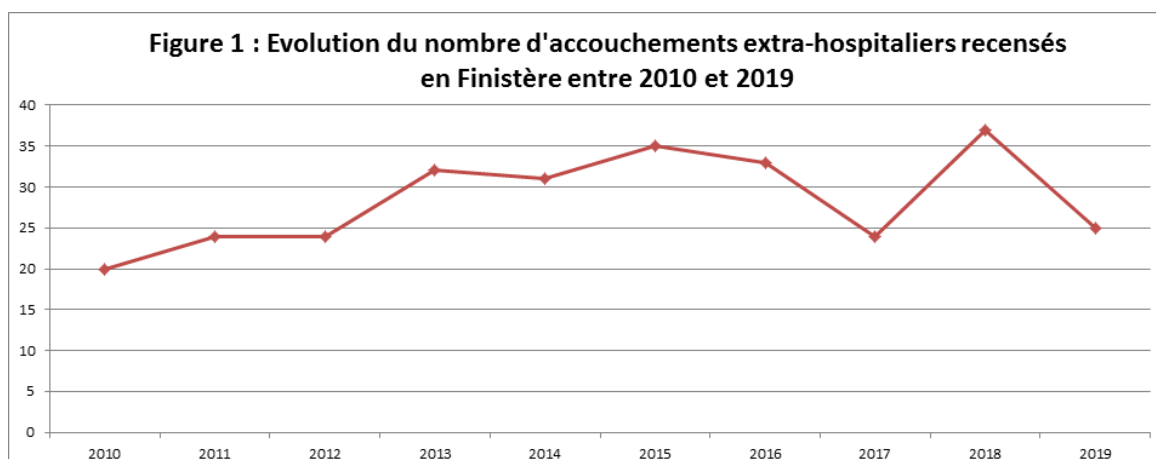
Quelques pompiers nous ont donné des réponses allant dans le sens d'une demande de plus de disponibilité de la part des équipes médicales. Spontanément, le SPV A nous a dit : *“Alors moi, ce qui me rendrait plus confiant, c'est que, par exemple, on ait un centre, une maternité, plus proche des fins fonds de Scaër là où on est...”*. Un de ses collègues nous a expliqué que, concernant la disponibilité des SMUR : *“Plus, ce n'est pas possible. Ils font déjà un travail extraordinaire.”*. Une participante nous a parlé de l'atout que représente la disponibilité des sages-femmes libérales sur Crozon. Le SPV J souhaiterait *“Partir avec quelqu'un qui en a déjà fait.”*. Un autre, le SPV D, a évoqué l'éventualité que le médecin régulateur, au téléphone avec les pompiers présents sur les lieux, leur bascule la ligne vers un spécialiste.

#### III. 6. 5. Optimiser l'équipement

Une seule participante nous a parlé de la nécessité d'actualiser le kit d'accouchement en mentionnant surtout le manque de carrés absorbants et de gants. D'autres SPV nous ont aussi signalé le manque de sondes d'aspiration néonatale adaptées.

### III. 7. État des lieux des accouchements extra-hospitaliers en Finistère et des interventions du SDIS 29 pour “accouchement imminent ou en cours” en 2019.

Nous nous sommes procuré les données statistiques du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) concernant les accouchements extra-hospitaliers. Nous les avons analysées. Ces dix dernières années, 285 accouchements à domicile ont été recensés par les maternités du Finistère qui ont accueilli la patiente et le nouveau-né suite à leur transfert. La courbe représentant ces accouchements au fil des années est plutôt stable. (Figure 1). L'année 2019 comptait 25 accouchements hors site.



Nous avons aussi souhaité faire un état des lieux des interventions du SDIS 29 ayant pour motif “accouchement imminent ou en cours”. Aucun document officiel n’existait à ce sujet. Depuis 2020, les Chefs d’Agrès remplissent lors de chaque intervention une fiche de renseignements prédéfinie et numérisée sur tablette. Avant l’arrivée de ces fiches numérisées, les Chefs d’Agrès synthétisaient de manière non exhaustive, avec leurs propres mots, quelques renseignements sur l’intervention menée : nous avons eu accès à ces données, conservées par le service de statistiques et de pilotage du SDIS 29. Ainsi, selon les informations trouvées, nous avons créé un tableau résumant toutes les interventions pour motif d’accouchement imminent ou en cours pour l’année 2019 (Annexe VIII). Les données manquantes ou ambiguës ont été associées à l’abréviation “NC” pour donnée “Non Connue”. En 2019, les équipes du SDIS 29 ont mené un total de 184 interventions pour “accouchement imminent ou en cours”, dont 22 ayant eu comme issue un accouchement. Huit d’entre eux ont été assistés par un SMUR arrivé à temps sur les lieux, neuf ont été réalisés par l’équipe de sapeurs-pompiers (dont deux avec l’aide d’un ISP), et pour les cinq accouchements restants l’opérateur n’est pas connu.



# V) DISCUSSION

## V. 1. Synthèse des principaux résultats

La majorité des SPV interrogés appréhende les accouchements et juge sa formation obstétricale insuffisante. Ils souhaitent être davantage formés, notamment par des spécialistes. Les descriptions des prises en charge proposées par les SPV ont été plutôt succinctes et incomplètes. Ces résultats sont cohérents avec notre hypothèse de départ. L'occurrence des accouchements extra-hospitaliers en Finistère est constante depuis une dizaine d'années, et leur prévalence est faible.

## V. 2. Forces et limites de l'étude

Un des atouts de cette étude est d'avoir interrogé des SPV aux caractéristiques et expériences variées. Les propos ont été retranscrits sans les interpréter, ce qui donne à l'étude sa validité : cela respecte la parole et les idées des participants. Nous avons opté pour une recherche qualitative afin d'obtenir des points de vue et de tenter de comprendre des phénomènes subjectifs, sans ambition de généraliser les résultats. Grâce à la sélection des participants faite par les Chefs de centres, les SPV n'ont pas eu à se manifester d'eux-mêmes pour participer à l'étude. Ainsi, ils ne sont pas forcément plus sensibilisés ou intéressés que d'autres à ce sujet, mis à part les trois pompiers intervenus sur l'accouchement du siège (Au vu de leur expérience, leur Chef de centre a naturellement pensé à eux pour l'étude). Le guide d'entretien nous a permis de recentrer par moment les échanges sur les thèmes visés par la recherche, mais sans omettre d'explorer, au fil des entretiens, certaines problématiques qui n'avaient pas été anticipées initialement.

Quelques limites sont toutefois à considérer. Parfois, il a été difficile de reformuler les questions sans utiliser de termes influençant les réponses (comme les mots : satisfait, stress, confiant). Bien que nous leur avons précisé que le but n'était pas d'évaluer leurs connaissances, un des SPV nous a confié ne pas avoir révisé avant l'entretien, et un autre nous a demandé un retour sur les réponses qu'il a fournies. Certains ont élaboré et argumenté leurs réponses, d'autres ont été plus concis. Quelques dérives de conversation ont amené à des réponses hors-sujet. Néanmoins, certaines dérives nous ont renseigné sur des aspects du secourisme (organisation, définition des sigles, précisions sur les formations...). Outre celles présentes dans le guide d'entretien, quelques questions n'ont pas été posées à tous les SPV. Un entretien a dû être reconduit car le SPV a été bipé (c'est-à-dire appelé pour une intervention)

en plein entretien. Au cours des échanges, nous avons découvert qu'un des SPV est effectivement volontaire dans une caserne, mais professionnel dans une autre. Un second est SPV dans la caserne proche de chez lui sur son temps libre, mais exerce le métier d'ISP. Ceci constitue donc un biais car, bien qu'ils sont engagés sur les mêmes missions que les SPV, ils sont probablement plus souvent informés et sensibilisés sur les accouchements car c'est leur métier. Finalement, les témoignages de ces professionnels nous ont permis d'obtenir des nouveaux points de vue et de soulever des problématiques intéressantes, notamment sur les enjeux de la formation. Enfin, certaines notions abordées lors des entretiens (comme celles relatives au ralentissement de la progression foetale et à la délivrance) ne sont pas traitées lors des formations. Ce qui explique les méconnaissances des SPV sur ces sujets.

## **V. 2. Discussion et propositions concernant l'optimisation des prises en charge proposées par les SPV**

### V. 2. 1. Développer la formation continue des SPV

La plupart des SPV ont proposé de revoir l'accouchement et ses risques à hauteur d'une à deux heures supplémentaires par an. Il est à noter que ce souhait a souvent été nuancé par le volume déjà très conséquent des formations qu'ont les pompiers, la réalité des compétences attendues de ces équipiers en prompts secours, et la faible prévalence des AIEH. Les SPV interviennent sur leur temps libre, et doivent suivre en permanence les nouvelles recommandations. Certains nous ont rappelé leur mission de base : établir un bilan rapide et gérer les premières urgences en attendant un renfort. Un pompier nous a confié que, selon lui, plus on enseigne des choses, moins on en retient.

Alors, jusqu'où aller en formation ? Comme nous l'a précisé l'ISP, il est important de faire ressortir les éléments clés. L'étude a identifié les appréhensions des SPV et a aussi révélé quelques méconnaissances. A l'issue de ce mémoire, ces résultats pourraient guider la réflexion sur les items à développer en formation. Aussi, certaines notions nous semblent importantes à revoir : le ralentissement de la progression foetale pour prévenir les déchirures périnéales, l'accompagnement de la rotation de la tête avant le dégagement des épaules, et l'abaissement de l'épaule postérieure après le dégagement de la tête. Les pompiers nous ont aussi exprimé leur manque d'aisance concernant la vérification de la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Certains ont décrit une stimulation du nouveau-né inadaptée (le verbe "taper" est ressorti dans deux entretiens). Les risques que redoutent les SPV sont surtout la réanimation néonatale, l'hémorragie du post-partum, et l'accouchement par le siège.

Nous pourrions donc envisager des rappels plus réguliers sur ces points, d'autant plus que les lésions périnéales et les hémorragies de la délivrance sont des risques fréquemment retrouvés dans la littérature concernant les AIEH. Pour les nouveau-nés, l'on retrouve plus particulièrement les risques d'hypoglycémie, d'hypothermie et d'infection [12].

### V. 2. 2. Former davantage les moniteurs de secourisme

Nous avons ressorti des entretiens que la présence, dans les casernes, d'un mannequin adapté pour l'enseignement sur l'accouchement serait intéressante. Lorsqu'elles ne sont pas reproduites régulièrement, les manœuvres obstétricales sont oubliées. Mais les inconvénients mis en avant ici sont que le mannequin est onéreux, et que les moniteurs de secourisme (des SPV ou SPP non spécialistes de l'accouchement) ne sont pas assez formés eux-mêmes pour les utiliser aisément. En effet, deux moniteurs nous ont évoqué leur souhait de se retrouver plus fréquemment en position de stagiaire. Selon le référentiel des activités et compétences de l'équipier SPV [19], la formation sur la prise en charge d'une parturiente ne fait pas partie des obligations de cours dispensés par du personnel qualifié. En revanche, ce référentiel précise que les équipes pédagogiques des SDIS (dont les moniteurs de secourisme) doivent "être qualifiées conformément aux formations de spécialité du domaine d'activité de la formation et du développement des compétences chez les sapeurs-pompier.". Nous proposons donc de dispenser davantage de formations sur les accouchements aux formateurs en secourisme.

En ce sens, favoriser l'accès à la simulation pour ces moniteurs pourrait être pertinent. Cela consiste à participer à des simulations sur l'accouchement inopiné avec ensuite un debriefing par des spécialistes. L'objectif est d'acquérir une expérience, des réflexes et de prendre du recul sur ses connaissances et pratiques. Cette solution semble difficilement envisageable pour les SPV qui sont très nombreux en Finistère, tandis que la simulation demande du temps et de réaliser des groupes restreints.

Bien qu'ils ne fassent pas partie de la structure hospitalière et que les places pour les stagiaires sont limitées, il serait aussi intéressant d'étudier la possibilité d'établir des conventions de stage en milieu hospitalier au bloc naissance pour les moniteurs.

Grâce à ces actions, les moniteurs de secourisme seraient en mesure de dispenser plus aisément et donc plus souvent des révisions sur l'accouchement, notamment en transmettant ce qu'ils ont appris par des mises en situations avec les SPV, ou par l'utilisation des mannequins.

### V. 2. 3. Favoriser l'assistance médicale

Très peu de sages-femmes sont engagées au SSSM avec le statut de sapeur-pompier expert : celles-ci seraient engagées lors d'un AIEH à proximité. Le détachement d'une sage-femme hospitalière le temps de l'intervention pourrait être une solution, mais cela semble très peu envisageable pour les services et leur sécurité. Il serait probablement plus aisé de développer la collaboration entre les sages-femmes libérales et la régulation téléphonique au Centre de Traitement des Appels (CTA). Par exemple, permettre aux régulateurs d'avoir accès à une cartographie des sages-femmes libérales de proximité pouvant être sollicitées.

Aussi, le contact téléphonique permanent avec un médecin rassure beaucoup les intervenants. Un pompier a évoqué l'éventualité de basculer la ligne téléphonique vers un spécialiste de garde en salle de naissance. Aussi, la vidéo-régulation se développe : depuis l'été 2020, le SAMU 29 peut accéder via un logiciel à la vidéo des smartphones des appelants au centre 15<sup>1</sup>. Ce logiciel sécurisé sans stockage des données pourrait servir à guider les gestes des SPV en ligne.

Nous avons constaté que, dans le domaine du secourisme, la gestion des premiers secours peut facilement mettre en difficulté les intervenants. En effet, la frontière entre porter secours et agir dans la limite de ses compétences et de ses responsabilités est difficile à définir. Tous les interrogés ont bien sûr exprimé leur souhait de proposer, au mieux, des prises en charge adaptées et bienveillantes.

Ayant identifié des ressentis et des difficultés rencontrées par les SPV, il serait intéressant d'effectuer, à l'issue de ce travail, un complément d'enquête par une étude quantitative (par distribution de questionnaires par exemple) afin de découvrir à plus grande échelle les besoins et les attentes des SPV du SDIS 29. Quelques participants nous ont aussi fait part de l'appréhension des équipes du SMUR concernant ces interventions. Il serait donc intéressant de se pencher sur leurs vécus.

---

<sup>1</sup> Source : Article du journal Ouest France du 09/12/2020

## VI) CONCLUSION

Bien que marginaux, les accouchements extra-hospitaliers sont une réalité : le SDIS 29 a assisté 22 accouchements en 2019. De plus, ces accouchements sont à risque de complications malgré la prise en charge rapide par les pompiers, souvent premiers intervenants sur place. Nous avons souhaité connaître les ressentis, expériences, et difficultés de douze SPV.

L'étude a montré que la mince formation obstétricale des SPV et leur peu d'expérience dans ce domaine expliquent à la fois les sentiments de stress et d'impuissance générés, mais aussi les prises en charge incomplètes dont les SPV ont témoigné. Des réflexes simples, quand ils sont connus et régulièrement révisés, permettent pourtant de prévenir certains risques. Intervenir sur de telles urgences impose aux SPV d'avoir une base de connaissances sémiologiques afin d'évaluer la rapidité de l'accouchement, de prodiguer les conseils de base, d'assister l'accouchement, et enfin de surveiller la dyade mère enfant en attendant l'arrivée d'une équipe médicale. Malgré leur volume déjà très conséquent de formation, les SPV sont demandeurs de révisions, à hauteur d'une à deux heures supplémentaires par an.

Pour répondre à ces objectifs, l'avis des SPV nous conduit à proposer, tout d'abord, de faire intervenir plus fréquemment des spécialistes de l'accouchement au sein des casernes. Ensuite, il pourrait être pertinent de faire bénéficier aux moniteurs de secourisme d'une formation plus poussée en leur donnant accès aux simulations et à un stage hospitalier afin qu'ils proposent plus aisément et fréquemment des formations aux SPV. Ces derniers attendent des rappels sur la base des manœuvres obstétricales, sur les critères de l'évaluation néonatale, mais aussi sur les principales complications comme le siège et l'hémorragie du post-partum. De plus, nous proposons de leur parler de l'importance du ralentissement de la progression foetale, surtout dans ce contexte d'accouchement rapide.

Le recrutement de sages-femmes en tant que sapeur-pompier expert est aussi une solution envisageable tout comme le développement de la collaboration entre le CTA et les sages-femmes libérales de proximité, si les procédures locales le permettent. Plus simplement, basculer la ligne téléphonique vers un spécialiste ou utiliser la vidéo-régulation pourrait s'envisager.

Ainsi, il paraît important aujourd'hui de mettre en œuvre des moyens pour rassurer ces citoyens ordinaires aux multiples missions, engagés pour sauver des vies, et, parfois... pour la donner.

## VIII) BIBLIOGRAPHIE

1 : Vanlerenberghe J-M. Rapport d'information de la Cour des Comptes n°243 relative à la situation des maternités en France. 21-01-2015. [En ligne]. <https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>

2 : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. [En ligne]. [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)

3 : Chabernaude J.-L. Accouchement inopiné hors maternité. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 8, 2004 - Pages 447-454

4 : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Statistiques de l'état civil. 2017. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>. Consulté le 11-04-2019.

5 : Samu Urgence de France. Observatoire des Accouchements Inopinés Extrahospitaliers (AIE). 2011. [En ligne] Disponible sur : [http://www.aie-samu-de-france.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=120](http://www.aie-samu-de-france.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=120) Consulté le 06-05-2020

6 : Pompiers.fr. Organisation des sapeurs-pompiers en France. [En ligne] <https://www.pompiers.fr/pompiers/nous-connaître/organisation-des-sapeurs-pompiers-en-france>. Consulté le 02-04-2020

7 : Collombat PY, Troendlé C. Rapport d'information n°24, mieux organiser l'intervention des SDIS dans le secours à personne : dix propositions pour une rénovation de l'organisation des secours en France. Octobre 2016. [En ligne] <https://www.senat.fr/rap/r16-024/r16-0241.pdf>

8 : Ministère de l'Intérieur, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399. Recommandations pour les « arbres décisionnels » dans le cadre des départs réflexes des moyens des services d'incendie et de secours. 22-12-2016. [En ligne] [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste\\_20170001\\_0000\\_0079.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste_20170001_0000_0079.pdf)

9 : Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC). Les statistiques des services d'incendie et de secours. Edition 2020. [En ligne] Disponible sur <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2019>

10 : Site officiel du Service Département d'Incendies et de Secours du Finistère (SDIS 29). [En ligne] <http://www.sdis29.fr/> Consulté le 10-03-2021.

11 : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Support de cours ECN. Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales. 2010-2011. [En ligne] <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/cours.pdf>

12 : Bouet P-E, Chabernaude J-L, Duc F, Khouri T, Leboucher B, Riethmuller D, et al. Accouchements inopinés extrahospitaliers. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 43(3):218- 28. Mars 2014. [En ligne]. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/260443846\\_Accouchements\\_inopines\\_extrahospitaliers](https://www.researchgate.net/publication/260443846_Accouchements_inopines_extrahospitaliers)

13 : Ministère de l'Intérieur. Référentiel national d'activités et de compétences national de sapeur-pompier volontaire équipier. Version n°1 du 22-08-2019. [En ligne] <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-aux-emplois-operationnels-et-d-encadrement>

14 : Ministère de l'Intérieur. Schéma national des formations des sapeurs-pompiers équipiers. Unité de valeur de formation : Secours à personne SAP 1 "Option 2".27-08-2008. [En ligne] Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Emplois-operationnels-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-volontaires>

15 : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des sage-femmes. Edition de janvier 2010. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

16 : C. Baribeau et C. Royer. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Rev. Sci. L'éducation, vol. 38, n°1,

p. 23, 2012. [En ligne] Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar/>

17 : Ministre des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. Journal Officiel de la République Française n°0109 texte n° 84. 10-05-2017. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634217>

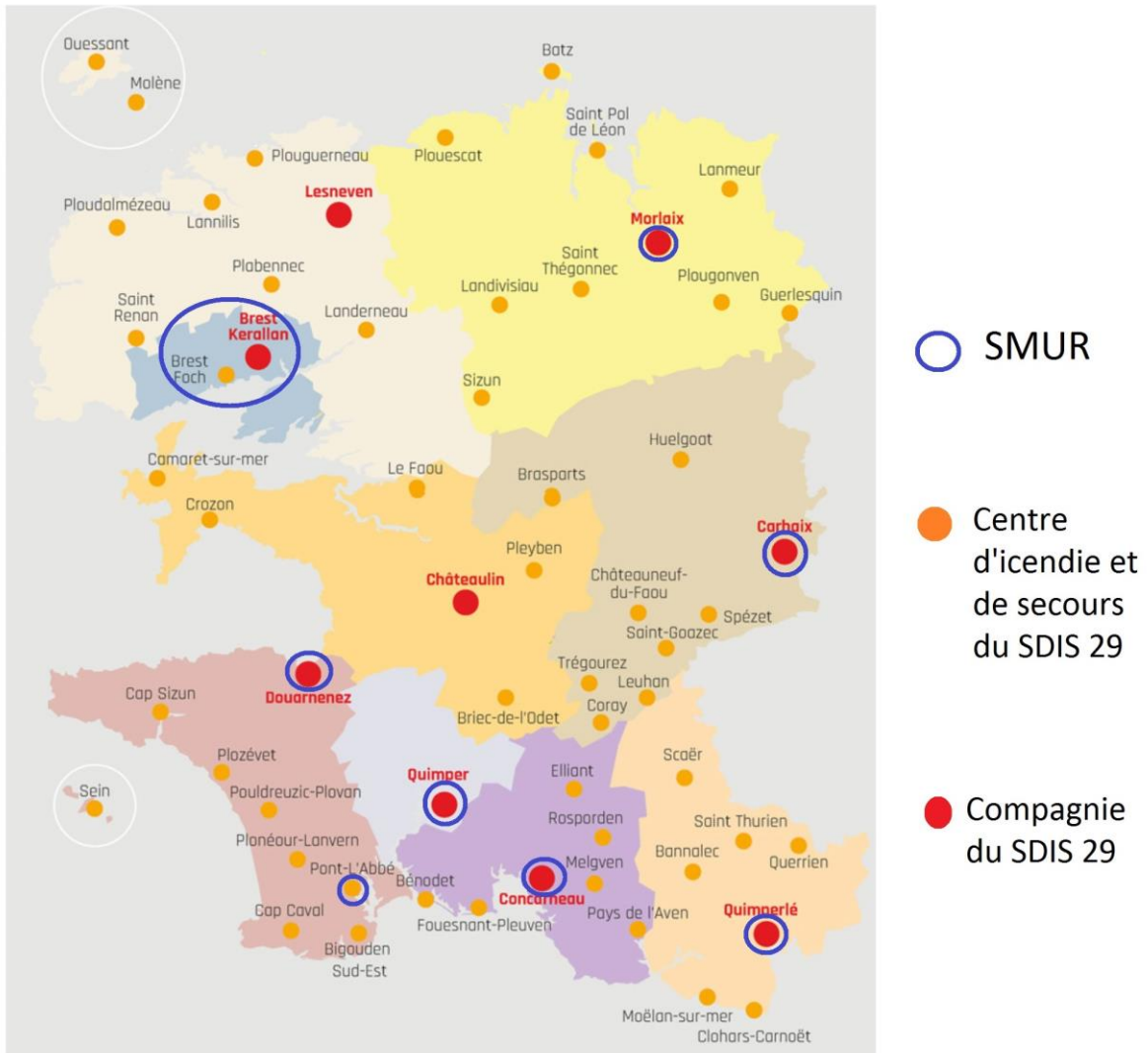
18 : Assemblée Nationale Française, Sénat. Loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. 6-01-1978. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886460/>

19 : Ministère de l'Intérieur. Référentiel National d'Activités et de Compétences du sapeur-pompier volontaire. Version n°1. 22-08-2019. [En ligne]. Disponible sur <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/La-formation-des-sapeurs-pompiers/Les-referentiels-de-formation-des-sapeurs-pompiers-professionnels-et-des-sapeurs-pompiers-volontaires/Formation-aux-emplois-operationnels-et-d-encadrement>



# VII) ANNEXES

## Annexe I : Répartition des SMUR du Finistère, des Centres d'Incendie et de Secours et compagnies du SDIS 29.



Source : [www.SDIS29.fr](http://www.SDIS29.fr) et SMUR France

# Annexe II : Recommandations du Ministère de l'Intérieur concernant la prise en charge d'un accouchement inopiné et d'un nouveau-né à la naissance

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

## Accouchement inopiné

L'accouchement n'a pas encore eu lieu

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

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

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

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

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

accompagner progressivement la sortie spontanée du bébé. Pour cela :

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

L'accouchement est déjà réalisé

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

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

## La délivrance

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

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

Référence : PR 06 A 03 Version : 2.1.1 Mise à jour : Juin 2020

## Prise en charge du nouveau-né à la naissance

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

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

### Le nouveau-né est en bonne santé

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

- clamper le cordon au minimum après 1 minute de vie ;  
Une fois clamped, il est possible ensuite de couper le cordon.
- protéger le nouveau-né contre le froid. Pour cela :
  - sécher par tamponnement la peau et la tête du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède
  - protéger le nouveau-né des courants d'air et du froid en l'enveloppant  
Envelopper la tête et le corps du nouveau-né, à l'exception de la face, dans des serviettes ou des vêtements secs et chauds ou le glisser dans un sac en polyéthylène ;  
Si possible, couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet ;
- couvrir la mère ;
- surveiller le nouveau-né.

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

### Le nouveau-né n'est pas en bonne santé

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

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

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

- clamper le cordon au minimum après 1 minute de vie ;  
Une fois clamped, il est possible ensuite de couper le cordon.
- placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid), après avoir clamped le cordon ombilical ;
- libérer ses voies aériennes en plaçant sa tête en position neutre et si nécessaire en aspirant prudemment sa bouche puis ses narines ;
- si son état est inchangé, réaliser 40 insufflations à l'air en 1 minute ;  
Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations, vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.
- si vous êtes doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque pour le nouveau-né, le mettre en fonction (SpO<sub>2</sub>, monitoring).

### L'état du nouveau-né reste inchangé

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

### L'état du nouveau-né s'améliore

- si l'état du nouveau-né s'améliore (l'enfant crie, respire et s'agite), assurer une surveillance étroite de sa respiration  
En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire

### Conduite à tenir en fonction de la fréquence cardiaque

- si vous pouvez mesurer sa fréquence cardiaque, suivre la procédure suivante :
  - la FC est inférieure à 60 battements par minute : réaliser une RCP avec un apport complémentaire d'oxygène de 15L/min et sans pose du DAE.  
Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minutes pour 1 insufflation.
  - la FC est entre 60 et 100 battements par minute : réaliser des insufflations à l'air au rythme de 40/min, sans compressions thoraciques.  
Réévaluer la fréquence cardiaque toutes les minutes pour adapter la conduite à tenir.
  - la FC est supérieure à 100 battements par minute : surveiller étroitement le nouveau-né

# Annexe III : Recommandations secouristes du pôle santé du SDIS 29 concernant la prise en charge d'un accouchement inopiné

Septembre 2020

## KIT ACCOUCHEMENT

### Cadre d'utilisation :

Accouchement inopiné en intervention.

La naissance en 3 phases : Le travail, l'expulsion du bébé, l'expulsion du placenta.

- Chauffez l'ambulance si nécessaire.

### Un secouriste prépare :

- Préparer alèse pour protection du brancard ou sol (perte des eaux, etc.)
- Placer la mère sur le dos jambes fléchies
- Mettre des gants propres
- Préparer le nécessaire pour soins du bébé (clamps, coupe cordon, etc.)
- Préparer le nécessaire avec pansements absorbants et compresses (essuyage du bébé, soins).
- Préparer l'aspirateur à mucosité

### Un secouriste s'équipe pour accompagner la naissance :

- Mettre la protection individuelle du secouriste (sur-blouse, gants stériles, masque)
- La tête de l'enfant apparaît suivie des épaules et du reste du corps, ne pas appuyer sur le ventre de la mère.
- Soutenir simplement la tête de l'enfant puis le reste du corps au fur et à mesure qu'il sort.



### Les soins du bébé :

- Nettoyer à l'aide d'une compresse les voies aériennes.
- Notez l'heure de naissance.
- Aspirer prudemment les voies aériennes supérieures uniquement si le nez est très encombré, ou si le bébé est cyanosé et/ou peu tonique ou en ACR.
- Le sécher impérativement et le placer en peau à peau au sec (attention +++ à l'hypothermie).
- Observer son adaptation (Coloration, rythme cardiaque, respiration, tonicité)
- Si nécessaire, mettre les clamps sur le cordon et le sectionner (pas indispensable)

### Les bonnes questions à poser pour transmettre son bilan:

- **Nombre d'enfants :**  
1<sup>er</sup> enfant 2<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup> et plus
- **Durée du travail :**  
Inférieur à 3h 3 à 5 heures + 5 heures
- **Durée des contractions :**  
Inférieur à 1minute 1 minute + 1 minutes
- **Intervalle entre deux contractions :**  
De 0 à supérieur à 5 minutes De 3 à 5 minutes - de 3 minutes
- **Perte des eaux :**  
Non Moins d'une heure + d'une heure
- Terme prévu de l'accouchement, problèmes éventuels pendant la grossesse, traitements.

Septembre 2020



RCP NOUVEAU-NÉ



1. Clamper le cordon puis couper.
2. Placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid).
3. LVA (tête en position neutre) si besoin aspiration prudente bouche puis nez.
4. Si absence cri/respiration et hypotonie : 40 insufflations à l'air sur 1 minute.
5. Prise de pouls huméral et pose du capteur pédiatrique de SpO2 pour mesurer la FC :

FC < 60 :	60 ≤ FC ≤ 100 :	FC > 100
RCP 3/1 à 120/min	Pas de CT	Surveillance +++
Insufflations d' $O_2$ : 15L/min	Insufflations <u>à l'air</u> : 40/min	
		

**DANS TOUS LES CAS :**

**ÉVALUATION DE L'ÉTAT DU NOUVEAU-NÉ TOUTES LES MINUTES ET ADAPTER CAT**

## **Annexe IV : Le guide d'entretien**

- 1) Se présenter et remercier le participant.
- 2) Exposer les objectifs et expliquer brièvement les modalités de l'entretien semi-directif.
- 3) Demander au participant son autorisation pour l'enregistrement audio de l'entretien.
- 4) Demander au participant, pour le caractériser :
  - Son âge
  - Son ancienneté en tant que sapeur-pompier
  - Sa ou ses formation(s) complémentaire(s) dans le domaine du secourisme
  - Son ou ses diplôme(s)
  - Son activité professionnelle
  - La date de sa dernière formation qui abordait la prise en charge d'un accouchement
- 5) Interroger le participant sur :

a. Ses ressentis :

Dans quel état d'esprit êtes-vous si vous devez partir en intervention pour un accouchement ?  
Quelles raisons justifient ce ressenti ?

b. Sa ou ses formations en obstétrique :

Pouvez-vous me décrire la ou les formations que vous avez reçue(s) concernant l'accouchement ? Que pensez-vous de cette formation ?

c. Sa vision de la prise en charge d'un accouchement inopiné :

Comment diagnostiquez-vous un accouchement imminent ?

Pouvez-vous me décrire l'organisation globale de l'équipe pendant l'accouchement ?

Quelles seraient, et pour quelles raisons, vos gestes pendant l'accouchement ?

Quelles sont les complications de l'accouchement que vous appréhendez le plus ?

Comment prenez-vous en charge le nouveau-né ?

d. Ses expériences :

Combien de fois dans votre carrière avez-vous eu l'occasion d'intervenir pour un accouchement? Pouvez-vous me raconter ces expériences, et témoigner en particulier des difficultés que vous avez rencontrées ?

e. Son avis sur les axes d'amélioration possibles :

Quels éléments pourraient vous rendre davantage confiant à l'idée d'intervenir sur un accouchement ?

## Annexe V : La grille d'analyse des résultats

Thème	Sous-thème	Analyse	SPV A	SPV B	SPV C	SPV D	SPV E	SPV F	SPV G	SPV H	SPV I	SPV J	SPV K	SPV L
Les ressentis	Au départ	Plutôt stressé												
		Plutôt confiant												
		Plutôt excité												
		Autre												
	Les raisons	Lié à l'expérience												
		Lié à la formation												
		Lié aux conditions												
		Autre												
Sa ou ses formations en obstétrique	Formation(s) suivie(s)	Formation initiale												
		Formation continue												
		Autres												
	Ressentis sur la formation reçue	Suffisante												
		Moyenne												
		Insuffisante												
		Autre												
	Sa prise en charge obstétricale	Diagnostic d'un accouchement imminent	Score de Malinas											
Ressentis de la patiente														
Antécédents obstétricaux de la patiente														
Panique du couple														
Autre														
Description de l'organisation		Installation												
		Opérateur de l'accouchement												
		Equipement												
		Gestion de la panique												
		Autre												
Les gestes pendant l'expulsion		Ne rien faire												
		Réceptionner l'enfant												
		Faire des manœuvres												
		Ne sais pas												
		Autre												
Les risques redoutés		Réanimation												
		Siège												
		Hémorragie												
		Autre												
Prise en charge du nouveau-né		Prévenir l'hypothermie												
		Le placer en peau à peau												
		L'examiner												
		Autre												
Ses expériences		Nombre												
	Témoignage													
	Difficultés rencontrées													
Sa vision sur les axes d'amélioration possibles	Aucun													
	Développer la formation initiale													
	Développer la formation continue													
	Autre													

## Annexe VI : Le score de Malinas

Score de Malinas

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
Durée des contractions	< 1 minute	1 minute	> 1 minute
Perte des eaux	récente	récente	plus d'1 heure

*Parité = nombre de grossesses dépassant 6 mois, celle-ci incluse.*

---

Un accouchement est dit "imminent" s'il se produit dans l'heure. Un score supérieur à 5 prédit un accouchement imminent et donc engage l'équipe du SDIS à prévenir le SMUR et à se préparer pour l'accouchement (surtout si la femme ressent une envie de pousser). [11]



## Annexe VII : La composition du kit d'accouchement



**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS  
DU FINISTÈRE**

**Pharmacie à Usage Intérieur**

### KIT ACCOUCHEMENT



### KIT ACCOUCHEMENT

Produit	Quantité	Date	Numéro
ALESE 60 X 90 PLASTIFIE U.U	1		
CHAMP DE TABLE STERILE 150 X 240 . .	1		
CLAMP DE BAR	4		
CISEAUX COUPE CORDON OMBILICAL U.U	1		
SONDE ASPIRATION CH10	2		
RACCORD BICON CH 22/22 EXT 7-11 MM .	2		
CHLORHEXIDINE 0.05% 5ML	2		
BONNET NOUVEAU-NE JERSEY	2		
COUVERTURE ISOTHERME USAGE UNIQUE	1		
PANSEMENT ABS STERILE 10 X 10 CM	1		
PANSEMENT ABS STERILE 15 X 20 CM	1		
COMPRESSES STERILES 7.5X7.5 (Sachet de 5)	4		
MASQUE CHIRURGICAL AVEC VISIERE	1		
GANTS LATEX STERILE LA PAIRE T8/9	1		
BLOUSE JETABLE BLANCHE (REF251)	1		

## Annexe VIII : Tableau répertoriant les interventions du SDIS 29 pour motif d' "accouchement imminent ou en cours" en 2019

Mois de l'intervention	Lieu de l'intervention	Précision donnée sur le motif d'intervention	Issue de l'intervention	Terme de la grossesse	Transport anténatal de la patiente	Accouchement assisté par le SDIS 29	Présence d'un SMUR sur les lieux	Accouchement assisté par le SMUR	Age de la patiente en années
janvier	Domicile	Accouchement imminent	NC	à terme	NC	NC	NC	NC	NC
janvier	Domicile	Métrorragies	transport	GEU	oui	non	NC	non	NC
janvier	Domicile	Métrorragies	transport	à terme	oui	non	oui	non	NC
janvier	Domicile	CU	transport	NC	oui	non	oui	non	27
janvier	Domicile	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	27
janvier	Domicile	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	35
janvier	Domicile	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	30
janvier	Domicile	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	17
janvier	Domicile	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	29
janvier	Domicile	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	26
janvier	Domicile	RSM	transport	NC	oui	non	NC	non	38
janvier	Domicile	Travail	transport	à terme	oui	non	oui	non	NC
janvier	Domicile	CU	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	30
janvier	Domicile	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	non	16
janvier	Domicile	NC	accouchement	NC	non	non	oui	oui	30
janvier	Domicile	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	non	oui	oui dans VSAV	36
janvier	Domicile	CU	accouchement	NC	oui	non	oui	oui	NC
janvier	Domicile	CU + RSM	accouchement dans le VSAV	NC	oui	non	oui	non	22
janvier	Domicile	Douleur abdominale	transport	7ème mois	oui	non	NC	non	NC
janvier	Domicile	Métrorragies	transport	à terme	oui	non	oui	non	31
janvier	Lieu privé	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	36
février	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
février	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
février	Domicile	CU	transport	à terme	oui	non	oui	non	19
février	Voie publique	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	32
février	Domicile	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
février	Domicile	RSM	transport	6ème mois	oui	non	NC	non	31
février	Lieu public	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	NC	non	35
février	NC	CU	transport	NC	oui	non	oui	non	32
février	Domicile	CU	transport	à terme	oui	non	NC	non	34
février	Domicile	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	non	non	29
février	Voie publique	CU	transport	8ème mois	oui	non	NC	non	32
février	Domicile	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	non	oui	oui	NC
février	Domicile	Accouchement imminent	accouchement dans le VSAV	NC	oui	non	oui	oui dans VSAV	NC
février	Domicile	Accouchement imminent	accouchement dans le VSAV	NC	non	oui	non	non	28
février	Domicile	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui + ISP	non	non	28
mars	NC	Accouchement imminent	accouchement	à terme	non	non	oui	oui	41
mars	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	NC	non	31
mars	NC	RSM	transport	à terme	oui	non	NC	non	34
mars	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	NC	25
mars	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	31
mars	NC	Métrorragies	transport	8ème mois	oui	non	non	non	27
mars	NC	RSM	transport	à terme	oui	non	NC	non	32
mars	NC	CU	transport	NC	oui	non	non	non	41
mars	NC	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
mars	NC	RSM	transport	NC	oui	non	NC	non	29
mars	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	NC
mars	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui	non	non	29
avril	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
avril	NC	Métrorragies	transport	8ème mois	oui	non	non	non	26
avril	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	NC
avril	NC	RSM	transport	NC	oui	non	non	non	30
avril	NC	Post partum	transport postnatal	8ème mois	non	non	oui	non	NC
avril	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	non	NC
avril	NC	Travail	transport	à terme	oui	non	oui	non	NC
avril	NC	CU	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
avril	NC	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
avril	NC	CU	transport	6ème mois	oui + ISP	non	non	non	29
avril	NC	CU	transport	NC	oui	non	oui	non	26
avril	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	non	33
avril	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	non	non	35
avril	NC	NC	transport	NC	non	non	NC	non	NC
avril	NC	RSM	transport	à terme	oui + ISP	non	non	non	23
avril	NC	Accouchement imminent	accouchement dans le VSAV	NC	oui	oui	NC	NC	NC
avril	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	oui	non	non	NC
mai	NC	Accouchement imminent	transport	à terme	oui	NC	oui	NC	NC
mai	NC	Accouchement imminent	transport	à terme	oui	non	oui	non	39
mai	NC	Métrorragies	transport	6ème mois	oui	non	oui	non	NC
mai	NC	CU	transport	8ème mois	oui + ISP	non	non	non	39
mai	NC	Douleur abdominale	transport	7ème mois	oui	non	oui	non	22
mai	NC	CU	transport	8ème mois	oui	non	NC	non	27
mai	NC	Douleur abdominale	transport	5ème mois	oui	non	oui	non	27
mai	Lieu public	CU + RSM	transport	7ème mois	oui	non	oui	non	30
mai	NC	CU + RSM	transport	NC	oui	non	non	non	30
mai	NC	RSM	transport	à terme	oui	non	oui	non	31
mai	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui + ISP	oui, après l'accouchement	non	39
mai	NC	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	NC
juin	NC	NC	transport	NC	oui	NC	oui	NC	NC
juin	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	NC	oui	NC	31
juin	NC	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	35
juin	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	non	non	24
juin	NC	CU	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	NC
juin	NC	CU	transport	NC	oui	non	oui	non	22
juin	NC	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	23
juin	NC	Douleur	transport	à terme	oui	non	oui	non	19
juin	NC	RSM	transport	NC	oui + ISP	non	non	non	31
juin	NC	Métrorragies	transport	7ème mois	oui	non	oui	non	36



juillet	Voie publique	Travail	transport	NC	oui	non	non	non	21
juillet	NC	Travail	transport	NC	oui	non	non	non	21
juillet	NC	RSM	transport	6ème mois	oui	non	non	non	37
juillet	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	non	oui	oui	NC
juillet	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	40
juillet	Domicile	Malaise	transport	NC	oui	non	non	non	NC
juillet	NC	CU	transport	NC	oui	non	non	non	NC
juillet	NC	Travail	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	NC
juillet	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	35
juillet	NC	RSM	transport	NC	oui	non	oui	non	31
juillet	NC	NC	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	24
juillet	Domicile	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui	oui, après l'accouchement	non	NC
juillet	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui	oui, après l'accouchement	non	28
juillet	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	33
août	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
août	NC	Douleur vaginale	NC	NC	NC	NC	NC	NC	26
août	NC	Travail	accouchement dans le VSAV	NC	oui	NC	NC	NC	24
août	NC	RSM	transport	NC	oui	non	oui	non	25
août	NC	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	NC
août	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	18
août	NC	Malaise	transport	8ème mois	oui	non	NC	non	34
août	NC	Accouchement imminent	transport	à terme	oui + ISP	non	non	non	27
août	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	non	non	30
août	NC	Douleur abdominale	transport	NC	oui	non	non	non	18
août	NC	RSM	transport	7ème mois	oui	non	oui	non	26
août	NC	CU	transport	NC	oui	non	oui	non	19
août	NC	Malaise	transport	NC	oui	non	non	non	39
août	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	non	NC
août	NC	Accouchement imminent	transport	à terme	oui avec ISP	non	non	non	NC
août	NC	RSM	transport	NC	oui	non	non	non	28
août	NC	RSM	transport	NC	oui	non	non	non	37
août	NC	Douleur abdominale	transport	NC	oui	non	non	non	NC
septembre	NC	Accouchement imminent	NC	NC	NC	NC	NC	NC	36
septembre	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	oui	NC
septembre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	40
septembre	NC	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
septembre	NC	Accouchement imminent	accouchement dans le VSAV	NC	non	non	oui	oui	NC
septembre	NC	NC	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
septembre	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	non	NC	NC
septembre	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	oui	oui, après l'accouchement	non	30
octobre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	non	non	31
octobre	NC	CU + impossibilité transport	transport	NC	oui	non	non	non	NC
octobre	NC	CU	transport	6ème mois	oui	non	non	non	23
octobre	NC	RSM	transport	8ème mois	oui	non	non	non	32
octobre	Voiture	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui, après l'accouchement	non	37
octobre	Domicile	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	NC	NC	23
octobre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	NC	non	NC
octobre	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	NC	NC	36
octobre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	38
octobre	NC	CU	transport	8ème mois	oui avec ISP	non	non	non	29
novembre	NC	AI	AI	AI	AI	AI	NC	NC	NC
novembre	NC	Accouchement imminent	maternité	NC	oui	NC	non	non	23
novembre	NC	CU	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
novembre	Domicile	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	NC	oui	NC	33
novembre	NC	RSM	NC	à terme	NC	NC	NC	NC	44
novembre	NC	Accouchement imminent	accouchement dans le VSAV	à terme	oui	non	oui	oui dans VSAV	24
novembre	NC	Douleur abdominale	transport	7ème mois	oui	non	NC	non	21
novembre	Domicile	CU	transport	à terme	oui	non	oui	non	30
novembre	NC	CU	NC	7ème mois	NC	non	NC	non	23
novembre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	non	non	26
novembre	NC	CU	transport	à terme	oui	non	oui	non	32
novembre	NC	CU + RSM	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	NC
novembre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	37
novembre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	NC
novembre	NC	NC	transport	NC	oui	non	oui	non	33
novembre	Voiture	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	non	30
novembre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	NC	non	27
novembre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	32
novembre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	non	non	30
novembre	NC	RSM	transport	NC	oui	non	NC	non	30
novembre	NC	CU + douleur abdominale	transport	7ème mois	oui	non	non	non	24
novembre	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non	oui	NC	34
novembre	NC	RSM	transport	8ème mois	oui avec ISP	non	non	non	26
novembre	NC	Travail	transport	8ème mois	oui	non	oui	non	22
novembre	NC	RSM	transport	NC	oui	non	oui	non	33
novembre	NC	AI	AI	AI	AI	AI	oui	NC	NC
novembre	NC	CU	transport	à terme	oui	non	oui	non	40
décembre	NC	AI	AI	AI	AI	AI	NC	NC	NC
décembre	NC	Accouchement imminent	accouchement	NC	non	NC	oui	non	27
décembre	NC	NC	transport	NC	oui	NC	NC	NC	NC
décembre	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
décembre	NC	Accouchement imminent	NC	NC	NC	NC	oui	NC	32
décembre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	30
décembre	NC	Mérorragies	transport	2ème mois	oui	non	non	non	NC
décembre	NC	RSM	transport	NC	oui	non	non	non	NC
décembre	NC	CU	transport	NC	oui	non	non	non	25
décembre	NC	NC	transport	à terme	oui	non	oui	non	23
décembre	NC	CU	transport	à terme	oui	non	oui	non	22
décembre	NC	Mérorragies + malaise	transport	à terme	oui	non	NC	non	26
décembre	NC	Accouchement imminent	transport	NC	oui	non	oui	non	46
décembre	NC	RSM	transport	NC	oui	non	NC	non	NC

décembre	NC	Post partum	transport postnatal	NC	non	non [seulement clampage du cordon]	non	non	30
décembre	Domicile	Post partum	transport postnatal	NC	non	non [seulement clampage du cordon]	oui, après l'accouchement	non	29
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

## IX) RÉSUMÉ

**Objectifs** : L'objectif principal a été de rechercher les ressentis et les expériences de quelques sapeurs-pompiers volontaires (SPV) du Finistère concernant les interventions pour accouchement, et aussi d'identifier les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent. Nous avons aussi voulu recueillir des avis concernant les solutions pour optimiser leur aisance, et faire un état des lieux des interventions pour accouchement extra-hospitalier en Finistère.

**Matériels et méthode** : Une étude qualitative, descriptive, multicentrique, a été réalisée par des entretiens semi-dirigés avec des SPV des casernes de Scaër, Audierne, ou Crozon.

**Résultats** : Les douze entretiens ont révélé que la majorité des SPV appréhende les accouchements et ne se trouve pas assez préparée. Malgré leur volume de formation déjà très conséquent, les SPV sont demandeurs de révisions, notamment sur : la base des manœuvres obstétricales, les critères de l'évaluation néonatale, et les principales complications comme le siège et l'hémorragie du post-partum. Nous proposons d'aborder aussi avec eux la prévention des déchirures périnéales. Sur le terrain, les difficultés identifiées sont celles liées à l'environnement inadéquat et le manque d'aisance dans l'attente stressante d'une équipe médicale. En moyenne, les SPV ont assisté à deux accouchements. Les expériences ont été globalement positives, rapides, mais parfois plus complexes.

**Conclusion** : Bien que les interventions pour accouchement inopiné soient rares, les enjeux impliqués font qu'il est nécessaire de préparer et de rassurer les SPV. L'étude a identifié les items que ces derniers redoutent et souhaitent approfondir. Nous avons aussi abouti à des ébauches de solutions : favoriser l'intervention de spécialistes, optimiser la formation des moniteurs de secourisme, et réfléchir au rôle des sages-femmes libérales et sapeurs-pompiers experts. L'utilisation des techniques de vidéo-régulation pourrait aussi s'envisager.

**Mots clés** : Sapeur-pompier volontaire, accouchement inopiné extra-hospitalier, prise en charge, formation continue.

**Titre** : Prise en charge des accouchements inopinés extra-hospitaliers par le Service d'Incendie et de Secours du Finistère (SDIS 29) : Quels sont les ressentis et les expériences des sapeurs-pompiers volontaires du SDIS 29 ?

**Auteur** : Estelle HEMON

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2021