ESF – SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE SAGE-FEMME

Ressenti des Sapeurs-Pompiers de Seine-et-Marne sur les urgences obstétricales

LEFEVRE Charlotte

16/02/1997, Fontainebleau

Française

Directrice de mémoire : Adjudante HOFFMANN Candice

Année universitaire : 2019-2020

ESF – SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE SAGE-FEMME

Ressenti des Sapeurs-Pompiers de Seine-et-Marne sur les urgences obstétricales

LEFEVRE Charlotte

16/02/1997, Fontainebleau

Française

Directrice de mémoire : Adjudante HOFFMANN Candice

Année universitaire : 2019-2020

« La vocation, c'est avoir pour métier sa passion. »

Stendhal

Remerciements

Pour commencer, je tiens à remercier l'Adjudante Candice Hoffmann, ma directrice de mémoire, pour son soutien, le temps qu'elle m'a accordé, sa patience et sa réactivité. J'espère que nous continuerons à collaborer.

Merci aux sapeurs-pompiers ayant répondu à cette étude, pour leur investissement et leur accueil. Un merci tout particulier à Julien, sans qui ce sujet ne serait pas né.

Ensuite, je tiens à remercier l'équipe pédagogique pour ces quatre années de formation. Un remerciement particulier à Mme Franz et Mme Yazdanbakhsh pour leur disponibilité et la qualité de leurs conseils.

Un merci tout particulier à mes parents, qui ont toujours su m'épauler et me soutenir tout au long de ce parcours. Merci d'avoir supporté mes peurs, mes angoisses et d'avoir partagé tous ces moments de bonheur.

Merci Camille, merci Clara, mes sœurs, d'avoir partagé ces moments de folie. Merci Mia, tu es si petite et nous apporte un si grand bonheur.

Je tiens aussi à remercier les personnes de mon entourage, amis, familles, pour leur soutien infaillible : Monique, Jean, Christiane, Dédé, Nicole, Marc, Mamie, Marie-Louise, Claudine, Bruno, Joseph, Christophe. Merci Sophie pour ta relecture attentive.

Coraline, je n'ai pas de mot pour toi… Merci pour nos heures de discussions, nos sorties, nos éclats de rire.

Merci n'est pas un assez grand mot pour toi, Justine. Si demain je suis sage-femme, c'est en grande partie grâce à toi. Merci pour ton aide, tes réassurances, nos fous rires, nos chaussettes…!
Merci Marie, future collègue…!
Vive les tatas !

Merci Charlotte, ma tutrice en or, pour tous ces moments mémorables. Vivement les autres !
Mes amis, sans vous, ces études auraient été un long fleuve trop tranquille. Alexane, Clara, Elie, je m'en souviendrais de ce chapeau ! Merci la promo du love, Maël, Noémi, Margaux, merci les Chloé, Guy, Rico, Manon.

Enfin, merci Pépé, pour ces valeurs que tu m'as transmises. Tu es là haut, et je sais que tu veilles sur nous.

Merci à tous ceux que je ne peux citer mais qui se reconnaitront.

Table des matières

1. **Préambule** 1
2. **Revue de la littérature** 3
   2.1. Réorganisation territoriale des maternités 3
      2.1.1. Répartition de l'offre de soin 3
   2.2. Organisation des SP en Seine-et-Marne 4
      2.2.1. Moyens humains et missions du SP 4
      2.2.2. Moyens matériels 5
      2.2.3. Organisation du territoire seine-et-marnais 5
   2.3. Prise en charge de la femme enceinte par le SP 6
      2.3.1. De l'appel à l'intervention 6
      2.3.2. L'intervention 7
      2.3.3. Après l'intervention 8
   2.4. Formation des SP en Seine-et-Marne sur l'obstétrique 8
      2.4.1. Formation initiale 8
         2.4.1.1. Formation générale 8
         2.4.1.2. Formation obstétricale 9
         2.4.1.3. Focus sur la Seine-et-Marne 9
      2.4.2. Formation au maintien des acquis 10
   2.5. Compétences et savoir-être 10
      2.5.1. Agir avec competence 10
      2.5.2. Savoir-être 11
      2.5.3. Ressenti des SP 11
   2.6. Situations d'urgence les plus courantes 12
      2.6.1. Pathologies du premier trimestre 12
      2.6.2. Pathologies des deuxième et troisième trimestres 13
3. **Matériel et méthode** 16
   3.1. Objectifs de l'étude 16
   3.2. Méthodologie de l'étude 16
      3.2.1. Nature de l'étude 16
      3.2.2. Choix et élaboration de l'outils 16
      3.2.3. Population cible 17
      3.2.4. Modalités de l'enquête 17
         3.2.4.1. Lieu de l'étude 17
         3.2.4.2. Caractéristiques des lieux de l'étude 17

3.2.4.2.1. La Chapelle-la-Reine 17
3.2.4.2.2. Meaux 18
3.2.4.2.3. Vulaines-sur-Seine 19
3.2.4.3. Durée de l'étude 19
3.2.4.4. Phase de pré-enquête 19
3.2.4.5. Déroulement de l'enquête 19
3.2.4.6. Méthode d'analyse 20
4. **Analyse et résultats** 21
4.1. Population interrogée 21
4.1.1. Caractéristiques personnelles 21
4.1.2. Caractéristiques professionnelles 22
4.1.3. Formation des professionnels 23
4.2. Avant l'intervention : transmission de l'information par le CTA-CODIS 24
4.2.1. Qualité de l'information reçue 24
4.2.2. Ressenti à la réception de l'information 25
4.2.3. Traitement de l'information par le SP 27
4.3. Pendant l'intervention 28
4.3.1. Intervention pour fausse couche spontanée 29
4.3.2. Intervention pour accouchement inopiné 30
4.3.3. Réalisation de la délivrance naturelle 32
4.3.4. Intervention pour rupture prématuré des membranes 32
4.3.5. Analyse de la perception de l'accouchement inopiné par le SP à l'aide d'autres types d'interventions 33
4.3.5.1. Arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant 34
4.3.5.2. Prise en charge de personnes exposées à un risque NRBC 35
4.3.5.3. L'accouchement inopiné et l'Accident de la Voie Publique (AVP) 35
4.3.5.3.1. L'accouchement inopiné 35
4.3.5.3.2. AVP avec plusieurs personnes impliquées 36
4.3.5.4. ACR chez l'adulte 37
4.3.6. Collaboration multiprofessionnelle 38
4.3.7. Interprofessionnalité 39
4.3.8. Interventions marquantes et femme enceinte 40
4.3.9. Vécu des interventions auprès des femmes enceintes par les SP 40
4.4. Gestion des émotions 42
4.4.1. Après une intervention difficile 42

4.4.2. Un outil à disposition des SP : La fiche de liaison à caractère psychologique 43
4.5. Collaboration avec la sage-femme 44
4.6. Ressenti par rapport à l'éloignement géographique du CIS 45
4.7. Prise en charge des aspects socio-culturels des victimes 45
5. **Discussion** 47
5.1 Discussion de la méthodologie 47
5.1.1 Biais et limites 47
5.1.2 Points forts de l'étude 47
5.2. Discussion des résultats 48
5.2.1 Réorganisation territoriale de l'offre de soins et conséquences 48
5.2.2 Moyens humains, matériels : organisation des SP 48
5.2.3 Gestion de l'intervention 49
5.2.4 Formation obstétricale des SP 49
5.2.5 Situations gynéco-obstétricales rencontrées 50
5.3 Propositions des équipes 50
5.3.1 Transmission de l'information 52
5.3.2 Formation 53
5.3.3 Stage en salle de naissance 53
6. **Conclusion** 55
Bibliographie 56
Annexes 59
Annexe 1 59
Annexe 2 60
Annexe 3 61
Annexe 4 62
Annexe 5 64
Annexe 6 68
Glossaire 74
Lexique 75

1. Préambule

L'accouchement inopiné extrahospitalier, les métrorragies, la rupture de la poche des eaux sont des urgences obstétricales demandant une prise en charge rapide des patientes, chez qui le pronostic vital maternel et foetal peuvent être engagés. En France, l'organisation des secours à la personne place les sapeurs-pompiers (SP) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) en première ligne pour prendre en charge ces patientes [1]. En 2018, ce sont près de 19 millions d'appels qui ont été reçus et traités par ces services, dans les centres de traitement de l'alerte des services départementaux d'incendie et de secours, et qui ont conduit à la réalisation de 461 500 interventions [2].

L'accouchement inopiné extrahospitalier représente en France moins de 1% des naissances [3]. Aucune donnée ne comptabilise le nombre d'intervention concernant les autres urgences des femmes enceintes, qui semblent être peu courantes. Le faible taux de ce type d'urgence en fait donc des situations rares pour les SP, qui doivent être formés et préparés pour accompagner ces patientes particulières. De plus, l'arrivée d'un enfant dans la vie d'une femme, et plus largement du couple, est un évènement particulier, où les interrogations et les angoisses sont multiples. Ces situations urgentes font prendre un tout autre tournant à une grossesse, et sont facteurs de stress pour les futurs parents. Les SP doivent donc se montrer efficaces mais aussi rassurants avec les patientes, afin que ces évènements soient vécus au mieux ; ils doivent donc en maitriser les prises en charge.

Après plusieurs discussions avec des SP de Seine-et-Marne, nous nous sommes rendus compte que tous les SP ne se sentaient pas toujours à l'aise face à ces patientes, et que ces interventions pouvaient parfois être synonyme d'interrogations pour certains d'entre eux.

Ainsi, l'enjeu de ce mémoire est de comprendre le ressenti des sapeurs-pompiers et l'origine de ce dernier, à propos des urgences obstétricales. Face à ces interrogations, la problématique suivante guidera notre travail :

Quel est le ressenti des sapeurs-pompiers lors des urgences obstétricales ?

L'objectif de notre travail est de connaître le ressenti des sapeurs-pompiers de Seine-et-Marne sur les urgences obstétricales, ainsi que ce qui est mis à leur disposition pour gérer ce type d'urgence, et pouvoir à terme proposer d'éventuelles perspectives d'amélioration s'ils en expriment le besoin.

Pour commencer, nous allons introduire ce sujet de recherche par une revue de la littérature, en présentant d'abord les actualités sur la réorganisation territoriale des maternités en France, qui tend à la fermeture des

petits centres, pouvant probablement augmenter la prise en charge extrahospitalière des urgences obstétricales. Ensuite, nous nous intéresserons à l'organisation des SP en Seine-et-Marne pour comprendre comment ils prennent en charge les femmes enceintes. Pour finir, nous aborderons la formation obstétricale des SP ainsi que les types d'urgences les plus couramment rencontrées dans leur exercice.

2. Revue de la littérature

2.1. Réorganisation territoriale des maternités

2.1.1. Répartition de l'offre de soin

Depuis de nombreuses années, la France a entamé un mouvement de restructuration de l'activité médicale, et notamment d'obstétrique dans une logique d'amélioration de la qualité et le l'efficience des soins.

En effet, nous pouvions compter 816 maternités en 1995 contre 517 en 2016, ce qui fait environ un tiers des structures qui ont été fermées [4], alors que le taux de natalité est resté stable sur cette période [5]. Les raisons de ces fermetures sont multiples : il y a tout d'abord un problème de démographie médicale, avec une difficulté à recruter les médecins dans certaines zones, mais aussi une volonté de regrouper les maternités en de gros pôles plus performants et innovants [6].

L'analyse du précédent schéma régional de santé (SROS) d'Ile-de-France, couvrant la période de 2013 à 2017, établi par l'agence régionale de santé (ARS) a mis en évidence une disparité territoriale importante concernant l'offre de soin en Ile-de-France. Les objectifs du nouveau SROS (2018-2022) sont de réduire ces inégalités, en veillant à la distance que devront parcourir les femmes enceintes pour recevoir leurs soins, ce qui permettra de contribuer à la réduction des indicateurs de morbidité périnatale [1]. De plus, un des objectifs de ce plan est de réorganiser l'offre de néonatalogie (ce qui implique un rééquilibrage des différents types de maternité) afin de couvrir le territoire de façon équitable, sans concentrer le tout sur Paris et la petite couronne [1].

En 15 ans, le nombre de maternités franciliennes a diminué de 12%, avec un nombre de 81 maternités maillant le territoire, et la création d'un centre périnatal de proximité (CPP), qui n'accueille pas les patientes en urgence [1].

Le gouvernement français a donc pour souhait de rééquilibrer l'offre de soins en obstétrique et en pédiatrie tout en veillant à améliorer la qualité des soins prodigués.

Il est donc important de garder un maillage territorial garantissant un accès égalitaire aux soins ainsi que des structures avec une activité suffisante pour permettre d'offrir des soins avec les meilleures compétences des soignants et des équipements modernes.

Le décret du 09 octobre 1998 impose la fermeture des maternités de moins de 300 accouchements par an et la création de 3 types de maternités permettant de diriger les patientes en fonction de leur risque évalué [8]. Certaines exceptions pour les maternités éloignées géographiquement ont cependant été faites, permettant de garder les maternités de moins de 300 accouchements lorsque celles-ci se trouvaient trop loin d'un autre établissement.

Le temps d'accès à un lieu d'accouchement est cependant resté stable sur les années : il était d'environ 17 minutes en 2010, sans autre évaluation depuis. Cependant, il existe des disparités entre les départements, avec 23% des femmes qui sont à plus de 30 minutes d'une maternité [9].
Ainsi, la Seine-et-Marne est le département d'Ile-de-France le plus touché par les accouchements hors maternités, avec 0,52% des naissances totales d'Ile-de-France réalisées hors maternité en 2016 [6bis]. La Seine-et-Marne, notamment par un problème de démographie médicale (pénurie de pédiatres dans la partie sud), doit encore s'attendre à des modifications de l'offre de soins en obstétrique, avec le SROS 2018-2022 [7], notamment dans le sud, dont l'objectif est de regrouper l'activité d'obstétrique sur un seul plateau technique et de créer un CPP ; réorganiser les capacités de néonatalogie sur la Seine-et-Marne.

La réorganisation de l'offre de soin en obstétrique pourrait se traduire par une augmentation de la mobilisation des services d'urgence (Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et sapeurs-pompiers) pour des prises en charge de femmes enceintes éloignées d'une maternité.
Nous allons maintenant décrire dans un premier temps l'organisation des SP en France puis, plus particulièrement en Seine-et-Marne, dans un second temps.

2.2. Organisation des SP en Seine-et-Marne

2.2.1. Moyens humains et missions du SP

En France, on compte près de 248 000 SP dont 40 500 SP professionnels (SPP), 195 000 SP volontaires (SPV), et 12 500 militaires. 16% de ces SP sont des femmes, chiffre qui est en constante augmentation. L'âge moyen du SP se situe autour de 34 ans pour les volontaires et 42 ans pour les professionnels.
Parmi ces SP, 11 933 font parti du service de santé et de secours médical (SSSM). On compte notamment 3952 médecins, 7133 infirmiers et 545 pharmaciens dans ce service, qui sont répartis sur tout le territoire. Il y a également 303 psychologues, qui sont tous des SPV [10].

Les missions des services d'incendie et de secours sont [11] :

- La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- La protection de l'environnement, des personnes et des biens ;
- Les secours d'urgence des personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évaluation (mission partagée avec le SAMU) ;
- La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours.

Nous remarquons que les missions du SP sont multiples tout comme ses lieux d'intervention. Ils doivent donc avoir à leur disposition des moyens adaptés à toutes les situations qu'ils rencontrent.

2.2.2. Moyens matériels

Les SP ont à leur disposition, pour le secours à personne (SAP), un véhicule d'assistance de secours aux victimes (VSAV).
Ce véhicule est équipé de l'ensemble des matériels de secours ainsi que des moyens de mesure des principaux paramètres vitaux (pour l'adulte, l'enfant et le nourrisson). Il permet aussi d'entrer en communication avec le centre de traitement de l'alerte (CTA) ou le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) [11], leur permettant ainsi de transmettre des informations durant l'intervention, et demander des renforts si besoin.
Ce véhicule contient des kits suivant le type d'intervention que les SP devront réaliser.
En ce qui concerne l'accouchement, les SP ont un kit spécifique permettant de prendre en charge le nouveau-né. Il est notamment composé de clamps pour le cordon ombilical, d'une sonde d'aspiration, d'un bonnet, de gants stériles… Dans ce kit est expliqué comment utiliser ce matériel et à quel moment [12].
Les VSAV sont situés dans une zone sanitaire, qui se trouve à part des autres véhicules.

Nous constatons que l'organisation est une des principales clés de la réussite des SDIS. C'est pourquoi nous allons maintenant nous intéresser à la répartition territoriale des SDIS.

2.2.3. Organisation du territoire seine-et-marnais

6 415 centres d'incendie et de secours (CIS) recouvrent le territoire de la France métropolitaine [10].
En Seine-et-Marne, on trouve 61 CIS, 8 centres de première intervention et d'appui (CPIA) ainsi que 6 centres qui disposent d'un infirmier et d'un véhicule léger de soutien médical (VLSM). Les CPIA sont des centres situés dans des zones rurales, gérés par l'intercommunalité, où seuls des SPV œuvrent. Ils fonctionnent avec des astreintes, et sont donc appelés de leur domicile pour des interventions [13], dans l'attente d'un relai par les SP des CIS plus éloignées du lieu de l'intervention ou au contraire pour venir en soutien à d'autres CIS.
Lors d'une rencontre avec l'infirmier sapeur-pompier de garde au CTA-CODIS de Melun le 10 mai 2019, nous avons appris que les infirmiers et les VLSM étaient placés dans des centres éloignés des SAMU, afin de pouvoir prodiguer les premiers soins médicaux dans l'attente d'un relai par le SAMU lorsque cela est nécessaire.
De plus, une des missions du service de santé et de secours médical (SSSM) est d'effectuer des permanences médicales au CTA-CODIS pour tous les SP qui le souhaitent, dans le cadre de leur activité professionnelle. Cela leur permet de solliciter l'avis ou les conseils d'un médecin, infirmier, vétérinaire ou pharmacien. Ce service est disponible 24h/24, 7jours/7 [42].

Nous trouvons huit maternités en Seine-et-Marne [14], qui couvrent le plus grand département français en termes de surface :

- Coulommiers (Type 1)
- Fontainebleau (Type 2B)

- Jossigny (Type 2B)
- Melun (Type 2B)
- Meaux (Type 3)
- Montereau-Fault-Yonne (Type 1)
- Tournan-en-Brie (Type 1, privé)
- Provins (Type 1)

Nous avons réalisé une carte du territoire de la Seine-et-Marne, afin de mieux nous rendre compte de la répartition territoriale des SP, tout en y insérant les maternités (Annexe 1).

Les maternités sont réparties équitablement sur le territoire, avec 3 maternités pour la moitié Nord (dont un type III) et 4 maternités pour la moitié Sud.

On remarque un nombre faible de SSSM dans la partie sud, malgré un éloignement important de certains CIS par rapport à la maternité la plus proche, celle de Fontainebleau.

Après l'étude du fonctionnement général des moyens du SDIS, nous allons étudier la logique d'une intervention, de l'appel jusqu'au retour au CIS.

2.3. Prise en charge de la femme enceinte par le SP

2.3.1. De l'appel à l'intervention

Lorsqu'un individu compose les numéros 18 ou 112 d'un lieu, l'appel arrive au centre de traitement de l'alerte (CTA) du département de ce lieu. Ce centre travaille en relation étroite avec le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours, dont les missions sont de coordonner l'activité opérationnelle des SDIS et d'assurer les relations avec les autorités compétentes (exemple : police, SAMU).

C'est un opérateur de salle opérationnelle qui répond à cet appel. Il doit être SP et avoir validé sa formation initiale, ainsi que des formations relatives au CTA. Sa fonction est de traiter cet appel d'urgence et de coordonner les opérations.

Le travail de l'opérateur est constitué de trois grandes étapes :

- Réceptionner et traiter les appels reçus : c'est à l'issue de cette première étape que l'opérateur va décider d'un éventuel transfert de l'appel à un service compétent ;
- Evaluer le degré d'urgence de cet appel : puis il va classifier les informations recueillies selon les protocoles adaptés ;
- Elaborer une réponse opérationnelle et pertinente, adaptée à l'urgence : quels moyens humains et matériels mobiliser ?

Pour traiter l'appel, l'opérateur dispose d'arbres décisionnels concernant dix situations cliniques particulières, définies par l'arrêté du 5 juin 2015. Ces arbres permettent de trouver rapidement une réponse adaptée à la situation, mais aussi de définir les situations de « départ réflexe », qui consistent à envoyer

automatiquement un moyen des CIS même avant la fin de l'appel, pour des situations particulièrement urgentes [15]. Ainsi, les informations sont plus précises et recueillies plus rapidement, et les SP des CIS peuvent partir dès que possible.
L'accouchement fait parti de ces dix situations cliniques particulières. L'arbre décisionnel s'y référant montre des questions permettant de connaitre l'imminence de l'accouchement, dans la mesure du possible. Voici quelques exemples de questions que contient l'arbre décisionnel sur l'accouchement :*« Une partie de la tête est-elle visible ? »*, *« La mère a-t-elle envie de pousser ? »*

Ensuite, quand il l'estime nécessaire, l'opérateur va transmettre les informations concernant l'appel au CIS compétent, via le logiciel ARTEMIS®. Le CIS est choisi en fonction du lieu de l'intervention et des moyens disponibles à l'instant t.
Pour transmettre cette information, il va utiliser des codes d'envoi des secours. Pour notre sujet, les codes possiblement utilisés sont :

- Accouchement
- Accouchement non imminent
- Accouchement imminent / En cours / Réalisé
- Hémorragie sévère
- Saignement
- Douleurs abdominales

Les informations nécessaires sont donc regroupées sur un ticket de départ, sur lequel figurent l'ensemble des éléments aidant à la compréhension du motif d'intervention, ainsi que les types de véhicules engagés par les SP.
Les opérateurs sont ainsi en première ligne dans la chaîne de secours. Ils doivent transmettre les informations aux CIS de façon concise mais compréhensible, tout en permettant aux SP de se préparer à l'intervention qu'ils vont mener.

Lors de notre visite au CTA-CODIS de Melun, qui réceptionne tous les appels venant de la Seine-et-Marne, nous avons pu assister au traitement des appels, et ainsi, nous imprégner de cette logique. La grande variété des sujets traités par les opérateurs leur demandent de nombreuses connaissances sur chaque thème afin d'aller à l'essentiel en orientant leurs questions de façon à évaluer très rapidement la situation.

2.3.2. L'intervention

Durant notre visite à la caserne de Meaux (77), nous avons pu comprendre le schéma de départ des SP pour une intervention.
Dans les CIS, l'alerte est envoyée sur les bips individuels des SP.

La mission du SP commence par la lecture du ticket de départ puis le trajet pour se rendre sur les lieux de l'intervention avec le véhicule mentionné.
Généralement, pour le SAP, les SP partent avec un VSAV. A bord de ce VSAV, il y a un chef d'agrès (qui coordonne l'intervention), un conducteur et un équipier, qui ont chacun des formations spécifiques.
Le chef d'agrès aura la fonction de premier commandant des opérations de secours.
Une fois sur les lieux, le chef d'agrès réalise un bilan secouriste et le transmet au CTA ainsi qu'au CRAA, afin de déterminer l'état de la victime et, si besoin, d'engager une prise en charge médicale.
Ensuite, lorsque la victime est transportée vers une structure (hospitalière par exemple), une copie de la fiche de bilan est remise à cet établissement pour qu'il ait toutes les données de l'intervention, en plus des transmissions orales interprofessionnelles.
La fiche bilan, en annexe 4, reprend les paramètres vitaux, le motif de l'intervention, les circonstances d'apparition de l'évènement… Il n'y a pas de fiche spécifique pour la femme enceinte ou le nouveau-né en Seine-et-Marne.

2.3.3. Après l'intervention

De retour au CIS, les SP peuvent débriefer entre eux de toutes les interventions. Cependant, les équipes vont être très attentives à ce que ces débriefs aient lieu après des interventions difficiles (par exemple en cas de décès de la victime). Parfois, des manœuvres peuvent aussi être organisées pour revenir sur la prise en charge d'une intervention passée.
De plus, les SP peuvent saisir les infirmiers du CODIS par une fiche d'information à caractère psychologique (Annexe 2), si l'état d'un SP de leur CIS les interpelle. Ainsi, l'infirmier pourra entrer en contact avec le SP concerné et lui proposer un psychologue ou un médecin du centre d'aide médico-psychologique (CAMP) du SDIS.

Les SP ont donc de nombreuses missions et doivent connaitre les différents moyens du SDIS leur permettant de prendre en charge les victimes. Pour cela, ils reçoivent une formation particulière, que nous allons étudier maintenant.

2.4. Formation des SP en Seine-et-Marne sur l'obstétrique

2.4.1. Formation initiale

2.4.1.1. Formation générale

Pour pouvoir réaliser des interventions de secours à personne, les SP doivent suivre des formations obligatoires.
Il y a trois types de formations, permettant d'acquérir des compétences diverses [16] :

- Formation d'intégration, comprenant 4 modules dont un module de SAP avec des connaissances en prompt secours, en SAP en équipe et en secours routier ;
- Formation de professionnalisation (formations d'adaptation à l'emploi, formations aux spécialités, formations de maintien et de perfectionnement des acquis)
- Formation d'adaptation aux risques locaux, en fonction de la situation géographique de la caserne.

Pour être sapeur-pompier professionnel, il faut suivre des modules du tronc commun, comprenant 3 grands champs de compétences : équipier transverse, le premier secours en équipe niveau 1 (PSE1) et niveau 2 (PSE2), pour pouvoir réaliser du SAP [17]. La formation d'équipier VSAV (véhicule utilisé pour le SAP), dure 80 heures sur 453 heures au total, selon le référentiel de formation des SPP de la direction générale de direction civile et de la gestion des crises (DGSCC) [18].
Pour être sapeur-pompier volontaire et faire du SAP, il faut suivre une formation d'équipier au VSAV et obtenir les unités d'enseignement PSE1 et 2. Cette formation est régie par le SDIS correspondant à la caserne de recrutement du SPV [19].

2.4.1.2. Formation obstétricale

Concernant la femme enceinte, chacune des différentes formations y consacre un temps.
Pour les PSE 1 et 2, 15 minutes sont dédiées à la femme enceinte, sur le thème de l'accouchement inopiné et de la fausse couche spontanée [20]. Concernant le nouveau-né, chaque item correspondant à la réanimation cardio-pulmonaire est adapté au nouveau-né.
Aussi, la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises a rédigé des fiches concernant les enseignements PSE 1 et 2. Ces fiches expliquent la prise en charge et la conduite à tenir face à un accouchement inopiné, la prise en charge du nouveau-né à la naissance et les soins du cordon ombilical [21].

2.4.1.3. Focus sur la Seine-et-Marne

En Seine-et-Marne, le centre de formation de Gurcy-le-Châtel, qui coordonne la formation de tous les SP de Seine-et-Marne, consacre 45 minutes spécifiquement à la femme enceinte lors de la formation initiale. En effet, les départements doivent suivre les référentiels nationaux pour la formation de leurs SP, mais peuvent compléter chacun des items s'ils le souhaitent.
Dans le livret du formateur de l'équipier VSAV, nous retrouvons trois fois la femme enceinte [22], dont deux fois dans le cadre du bilan complémentaire concernant les interventions où la femme enceinte pourrait être une victime (« obstruction des voies aériennes » et « immobilisation d'une victime au sol »), qui prennent donc les spécificités physiques des femmes enceintes dans le cadre des manœuvres. Seul un item sur l'accouchement est abordé lors de cette formation.

2.4.2. Formation au maintien des acquis

Lorsqu'un SP a validé sa formation initiale, il peut exercer. Cependant, il doit valider d'autres formations, appelées formation de maintien des acquis et formation de perfectionnement des acquis. S'il ne valide pas ces formations, il ne peut plus exercer.
Lors de ces formations, les SP revoient une fois le programme vu en formation initiale.
Ces formations sont organisées non plus à l'échelle nationale mais à l'échelle départementale. En effet, « les modalités et la périodicité des acquis de tronc commun sont fixées par le président du conseil d'administration du service départemental » [23].
En Seine-et-Marne, les SP revoient ce programme une fois tous les cinq ans.

Les SP de Seine-et-Marne ne voient donc que les accouchements inopinés et les fausses couches spontanées pour ce qui concerne la femme enceinte. Les autres types d'urgences obstétricales ne sont pas abordées. De plus, ils n'ont de formation théorique et surtout pratique sur l'accouchement qu'une fois tous les cinq ans.

2.5. Compétences et savoir-être

2.5.1. Agir avec competence

La formation des SP s'appuie sur un référentiel de compétences. Il nous semble essentiel de définir la notion de compétence et ce qu'elle implique, pour comprendre les mécanismes d'apprentissage et de mobilisation des connaissances en situation lors des interventions en gynéco-obstétrique.
La compétence professionnelle est traduite par G. Le Boterf (pédagogue et expert en sciences de l'éducation), comme la capacité d'un professionnel à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Il s'agit d'un savoir combiner des ressources externes (formations, ressources matérielles, outils d'aide) et ressources internes, de les organiser de la manière la plus efficiente aux différentes familles de situation [24].

Ainsi, ces compétences sont définies, puis réunies dans le référentiel de métier. Il représente donc des points de repère auxquels les professionnels doivent se référer : c'est un socle commun. Cependant, il est important de préciser que l'exercice d'un SP ne se limite pas à une simple capacité de mobilisation des savoirs lors des interventions, mais à prendre soin de la personne en situation de vulnérabilité où le pronostic vital est souvent engagé.

En réalité, ce sont les soignants du premier recours où prise en charge de l'« humain » est une priorité absolue. Dans ces conditions, les ressources internes pourront très souvent interagir sur la prise en charge des victimes par les SP. Le concept de ressources internes est défini en sciences de l'éducation et de psychologie de l'apprentissage comme l'histoire personnelle, la culture, les croyances, les opinions, les attitudes, les qualités mais aussi les connaissances et expériences antérieures [25]. Ceux-ci convoquent la notion du savoir-être qui est largement explicitée dans la définition de la compétence professionnelle.

Les compétences peuvent se comprendre comme la résultante de trois notions [25] :

- Le savoir-agir, impliquant la capacité à rassembler et mettre en jeu ces ressources internes et externes ;
- Le vouloir-agir, qui résulte de l'engagement et de la motivation personnelle de la personne ;
- Le pouvoir-agir, qui est dépendant du contexte de la situation, de l'organisation du travail et de ses conditions, qui vont, à terme, permettre à l'individu de prendre des risques et des responsabilités pour agir avec compétence.

Ainsi, la notion de compétence implique pour le SP d'avoir des savoirs, DU savoir-faire et du savoir-être. Toutefois, pour mieux expliquer le principal axe de cette recherche, il est important de s'attarder sur les concepts de « savoir-être » et « ressenti » des SP.

2.5.2. Savoir-être

Le savoir-être est la résultante de l'application des savoirs et savoir-faire, qui conduit à un savoir se comporter face aux différentes situations, avec les acquisitions que le professionnel a fait tout au long de l'exercice de sa profession [26].

Il correspond à des caractéristiques individuelles, qui sont acquises avant la formation, par l'expérience personnelle, l'identité personnelle et la prise en compte de l'unicité de chaque individu, puis par des valeurs inculquées lors des formations puis durant l'exercice de la profession [27].

Ainsi, les compétences sont influençables par le comportement individuel et par l'extérieur, de façon positive ou négative. Cela conduit, in fine, à l'influence des conditions de travail [28].

Une autre définition de savoir-être a été apportée par le gouvernement, dans le référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière, comme *« l'ensemble des démarches et processus cognitifs affectifs, relationnels et physiques mobilisés par la mise en œuvre des savoir-faire »*, ce qui reprend les valeurs précédemment citées. Cela implique donc que le soignant, ici le SP, adapte son comportement aux situations et aux personnes qu'il a face à lui, pour adapter les soins qu'il apporte, au mieux. Cela influencera le vécu de la victime, mais aussi, le vécu du SP lui-même.

Le savoir-être est donc un savoir en perpétuel mouvement, qui s'enrichit avec l'expérience et surtout, le vécu.

2.5.3. Ressenti des SP

L'augmentation constante du nombre d'interventions pour le secours à personne, et notamment dans le cadre du médico-psychologique amène les SP à mobiliser des ressources différentes au fil du temps. Ils ont ainsi de plus en plus d'implication émotionnelle lors des interventions.

Les interventions peuvent être pesantes sur le psychisme du SP ; c'est pourquoi le soutien psycho-social est primordial. Il passe par le débriefing, la valorisation, l'entourage [29].

La cellule médico-psychologique de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) s'est particulièrement intéressée aux situations de stress et aux conséquences de celui-ci sur les SP|30].
Les situations parmi les pourvoyeuses de stress comprenaient le décès d'un enfant ou une intervention sur un enfant gravement blessé ou maltraité, l'exposition ou la confrontation à un risque nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC), la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et le décès d'une victime adulte.
Ces situations provoquaient, à terme, de l'anxiété et des insomnies chez les SP concernés.
En outre, les stratégies utilisées pour faire face à ce problème portaient pour la grande majorité sur sa résolution active (chercher les causes, les résoudre rapidement…).

Nous allons maintenant aborder quelques urgences gynéco-obstétricales que les SP pourraient rencontrer. Certaines font partie intégrante de leur formation, mais ce n'est pas le cas de toutes.

2.6. Situations d'urgence les plus courantes

Dans toutes nos recherches, nous avons pu constater que l'accouchement constituait la majorité des thèmes abordés lorsqu'il s'agissait de la prise en charge de la femme enceinte par les SP.
Dans cette étude, nous aborderons la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales ; il nous parait alors nécessaire de définir certaines d'entre elles, qui ne se limitent pas seulement à l'accouchement.

2.6.1. Pathologies du premier trimestre

En début de grossesse, deux urgences sont principalement retrouvées : la fausse couche spontanée (FCS) ainsi que de la grossesse extra-utérine (GEU).

La FCS concerne 10 à 20% des grossesses [31]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1977), la fausse couche spontanée correspond à l'expulsion d'un embryon ou d'un foetus de moins de 500g ou moins de 22 semaines d'aménorrhée (SA) [32].
Cela peut provoquer des douleurs intenses ainsi que des métrorragies, pouvant aller jusqu'à l'hémorragie et l'état de choc [33]. De plus, la charge émotionnelle associée à la perte de la grossesse est importante pour la patiente ou le couple.
Les SP, après avoir évalué la quantité de saignement, doivent surveiller l'état hémodynamique de la patiente et la transporter jusqu'aux urgences gynécologiques rapidement [34].

La GEU concerne 2% des grossesses. Il s'agit de la nidation d'un œuf en dehors de l'utérus ; la plupart des GEU se font dans les trompes. Cela peut provoquer des douleurs abdominales et des métrorragies, ce qui s'apparente à la clinique de la FCS.
Cela peut également provoquer un hémopéritoine conduisant la patiente en état de choc. Il s'agit donc d'une urgence vitale.

Pour les SP, la prise en charge est la même que pour la FCS.

2.6.2. Pathologies des deuxième et troisième trimestres

L'accouchement est un phénomène physiologique qui consiste en l'expulsion du mobile fœtal en dehors des voies génitales féminines.
En France, en 2016, 781 000 naissances ont eu lieu, dont 18 868 en Seine-et-Marne.

Parmi ces naissances, environ 1% d'entre elles se sont déroulées en extra-hospitalier. Il est important de noter que dans ce pourcentage, les naissances inopinées n'ont pas été différenciées des naissances à domicile sur souhait de la patiente. [35]
L'accouchement peut comporter des risques, et ne pourra être qualifié de « physiologique » qu'à postériori. Il garde toujours un degré d'urgence et de potentiel danger, auquel les SP devront parfois faire face [36]. Par exemple, un accouchement par le siège demande à l'équipe obstétricale d'être plus entrainée sur les manoeuvres, mais peut aussi se compliquer d'une hémorragie du post-partum (HPP) dans environ 5% des accouchements, dont 2% d'hémorragie sévère [37]. C'est la première cause de mortalité maternelle, mais aussi la plus évitable.
L'hémorragie du post-partum se caractérise par une perte de sang supérieure à 500 mL dans les 24 heures suivant l'accouchement [38]. L'intervention médicale va donc être adaptée au volume de cette perte sanguine, mais aussi et surtout à la tolérance et à l'hémodynamique de la patiente [37].

Afin de diminuer l'incidence de l'HPP, les recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF(sont d'administrer une dose prophylactique d'ocytocine (de 5 à 10 UI) lors de l'accouchement, au dégagement de l'épaule antérieure ou immédiatement après la naissance, chose qui n'est pas faisable par les SP.

Lorsque le diagnostic de l'HPP est posé, il faut agir rapidement afin de diminuer la quantité des pertes sanguines. Chacun des trois acteurs principaux de la prise en charge de l'HPP a ses fonctions : l'équipe d'anesthésie pose les abords veineux, gère l'hémodynamique de la patiente, et met en place les médications nécessaires. L'équipe obstétricale, quant à elle, doit réaliser une prise en charge plutôt étiologique de l'HPP (est-elle due à une déchirure ? Une rétention placentaire ? Une atonie utérine ?).

Ainsi, les services doivent être entrainés à travailler en équipe, et particulièrement dans cette situation urgente, dans laquelle chaque minute compte.

Pour évaluer l'imminence d'un accouchement, les SP utilisent le score de Malinas [38] (Annexe 3). Dans les éléments de cotation de ce score, nous trouvons la fréquence des contractions, la durée de celles-ci ou encore la rupture de la poche des eaux.

La rupture spontanée de la poche des eaux (RSPDE) avant terme (avant 37 semaines d'aménorrhée) concerne 3 à 4% des grossesses. Les principaux risques de la RSPDE avant terme sont la prématurité et la survenue d'une infection intra-utérine [39].
Pour les SP, il n'y a pas de geste urgent à réaliser auprès de la femme enceinte. Cependant, il faudra vérifier l'absence de procidence du cordon ombilical, parfois prendre en charge une patiente en travail et potentiellement un nouveau-né prématuré.

La RSPDE à terme (au-dessus de 37 SA) peut survenir avant la mise en travail. Le principal danger est la providence du cordon ombilical : un bout de cordon ombilical est dans le vagin ou visible à la vulve, et est ainsi comprimé par la présentation fœtale. Cela peut alors interrompre les échanges materno-foetaux, et conduire à une bradycardie, une anoxie périnatale allant jusqu'à la mort fœtale.
La RSPDE, quand elle survient au cours du travail, peut accélérer l'évolution de ce dernier.

Les hémorragies vaginales sont aussi un motif d'appel des femmes enceintes pour les SP.
Parmi les étiologies les plus retrouvées, il y a l'hématome rétro-placentaire (HRP) ou le placenta prævia.
L'hématome rétro-placentaire est un décollement du placenta normalement inséré, qui survient généralement au-delà de 20 SA. Il complique entre 0,4 et 1,5% des grossesses [40]. La femme peut présenter les symptômes suivants : « utérus de bois » (utérus dur au toucher, ne se relâchant jamais), métrorragies de faible ou forte abondance, et parfois une mort fœtale in utero. La conduite à tenir immédiate pour les SP est de maintenir l'état hémodynamique de la patiente et de l'orienter vers une maternité pour une prise en charge chirurgicale dans les plus brefs délais.

Le placenta prævia concerne quant à lui environ 0,5% des grossesses. Il s'agit d'une localisation placentaire proche ou sur le col de l'utérus, qui va parfois provoquer des saignements, souvent indolores [41]. Ce type d'insertion placentaire contre-indique l'accouchement par voie basse. Comme pour l'HRP, l'urgence pour les SP va être de maintenir l'hémodynamique et de transporter la patiente vers une maternité.

Par ce présent développement, nous avons ainsi compris ce que les SP ont dans leurs mains pour gérer au mieux les interventions relatives aux femmes enceintes, que ce soit au niveau de l'organisation, de la formation ou encore des débriefs post-intervention. Cependant, il serait aussi important de prendre en compte l'expérience personnelle de ces acteurs du secours à personne.

Ainsi, notre question de recherche est :

Comment les sapeurs-pompiers abordent-ils les interventions gynéco-obstétricales ?

Cette question nous guidera tout au long de notre étude qualitative. Nous rechercherons notamment quels sont les éléments qui influencent en grande partie le ressenti des SP, et proposerons, à terme des perspectives d'amélioration.

Pour ce faire, nous interrogerons les SP de différents CIS seine-et-marnais par des questionnaires. Ces CIS auront donc des tailles, des territoires et des proportions de SPV / SPP différents, selon leur localisation.

3. Matériel et méthode

3.1. Objectifs de l'étude

Dans notre première partie, nous venons d'étudier le fonctionnement des SP, de comprendre les différents éléments qui sont en leur possession pour prendre en charge les urgences obstétricales. Nous avons constaté que leur ressenti n'a pas encore fait l'objet d'interrogations, même si l'on sait que les émotions font partie intégrante de la pratique professionnelle.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons déterminé deux objectifs principaux :

- ❖ Etudier le ressenti de ce professionnel vis-à-vis de ce type d'intervention
- ❖ Etudier les outils que les sapeurs-pompiers ont à leur disposition et utilisent pour gérer ces interventions.

3.2. Méthodologie de l'étude

3.2.1. Nature de l'étude

Etant donné notre objectif principal, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative multicentrique.

3.2.2. Choix et élaboration de l'outils

Au regard de la typologie de notre étude, nous avons choisi d'interroger les SP grâce à des entretiens semi-directifs individuels, permettant aux SP de s'exprimer librement et de nourrir leurs propos, tout en gardant un cadre pour répondre à notre problématique. Le choix des entretiens a été fait afin que les SP puissent expliciter leurs propos, les compléter avec plus de précisions, en comparaison avec l'utilisation d'un questionnaire. Aussi, les attitudes étaient observées, car elles peuvent apporter des infirmations complémentaires.

Afin de connaitre le ressenti des SP et les facteurs influençants leur pratique, nous avons réalisé une trame d'entretien dès octobre 2019, en concertation avec l'adjudant Candice Hoffmann, directrice de ce mémoire (Annexe 5).

Dans un souci de validation interne, cette trame a été testée puis validée par deux sapeurs-pompiers Seine-et-Marnais.

Notre trame était constituée de 19 questions ouvertes, afin de laisser le SP s'exprimer avec liberté. Si des éléments n'avaient pas été abordés par le SP, nous les obtenions grâce à des questions de relance, afin de réunir toutes les informations nécessaires à notre étude.

Voici les thèmes abordés par notre trame :

- des renseignements sur le profil général des SP interrogés

- la première partie de l'intervention : du bip à la mobilisation de l'équipe d'intervention
- la deuxième partie de l'intervention : la prise en charge de la victime, les interactions avec les structures hospitalières
- la troisième partie de l'intervention : le retour au CIS
- des axes d'améliorations proposés par les SP

Les entretiens se clôturaient par des remerciements et d'éventuelles remarques des SP.

3.2.3. Population cible

Notre population est composée de SP provenant de 3 CIS de Seine-et-Marne :

- La Chapelle-la-Reine
- Meaux
- Vulaines-sur-Seine

Pour participer à notre étude, les SP devaient être en activité et réaliser des interventions régulièrement au moment de l'entretien et être majeurs.
Ils pouvaient être SPP ou SPV, avoir divers grades et fonctions au sein d'une équipe.

3.2.4. Modalités de l'enquête

3.2.4.1. Lieu de l'étude

Nous avons axé nos recherches sur les SP de Seine-et-Marne, dans un souci de faisabilité.
Cependant, il est important de préciser qu'il n'existe pas de programme national détaillé de formation à l'accouchement et par conséquent, les modalités des formations ne sont pas homogénéisées. Elles sont donc département-dépendant.

Notre population provenait de 3 CIS : Vulaines-sur-Seine, Meaux et La Chapelle-la-Reine, qui ont des caractéristiques différentes (en terme d'effectifs, de géographie, de répétition SPP/SPV…).

3.2.4.2. Caractéristiques des lieux de l'étude

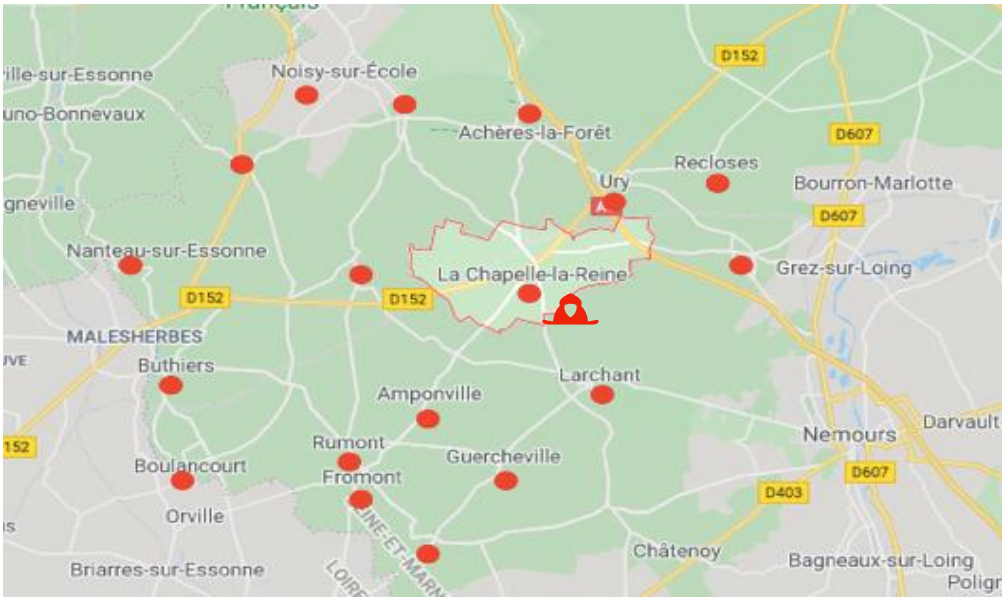
3.2.4.2.1. La Chapelle-la-Reine

Ce CIS est situé dans la zone sud de la Seine-et-Marne. Ce secteur dépend de l'hôpital de Fontainebleau (qui possède un SAMU) qui est situé à 20 minutes de route.

Son éloignement géographique a permis à ce CIS de bénéficier du SSSM. Ainsi, il y a un infirmier SP présent à chaque garde, qui peut être engagé sur les interventions en attendant l'arrivée d'une équipe médicale, grâce à l'engagement du véhicule léger de soutien médicalisé (VLSM).

Le CIS compte : 12 SPP et 40 SPV. Ils sont 6 de garde le jour et 6 de garde la nuit.

En 2019, ils ont réalisé 1248 interventions. Voici leur secteur d'intervention :



SOURCE : GOOGLE MAPS

3.2.4.2.2. Meaux

Ce CIS est situé dans la zone nord de la Seine-et-Marne. L'hôpital de secteur est celui de Meaux (qui possède un SAMU), le grand hôpital de l'est francilien (GHEF), qui est situé à 6 minutes de route.

Le CIS compte 47 SPP et 66 SPV. Ils sont 18 de garde de jour et 15 la nuit.

En 2019, ils ont réalisé 8380 interventions.

Voici leur secteur d'intervention :

SOURCE : GOOGLE MAPS

La ville la plus éloignée du CIS (Trilbardou) se situe à 14 minutes du CIS et à 12 minutes de l'hôpital de Meaux (GHEF).

3.2.4.2.3. Vulaines-sur-Seine

Ce CIS est situé dans la zone sud de la Seine-et-Marne. L'hôpital de Fontainebleau, le plus proche, est situé à 12 minutes de route.

Le CIS compte 52 SPV et 7 SPP. 6 SP sont de garde le jour, et 6 la nuit.

En 2019, ils ont réalisé 962 interventions.

Voici leur secteur d'intervention :

SOURCE : GOOGLE MAPS

Le CIS de Vulaines est situé à 8 minutes du hameau le plus éloigné (Fontaineroux, commune d'Héricy), qui se situe à 17 minutes de l'hôpital de Fontainebleau.

3.2.4.3. Durée de l'étude

Notre étude s'est déroulée sur deux mois, entre décembre 2019 et janvier 2020.

3.2.4.4. Phase de pré-enquête

Dans le cadre de l'obtention des autorisations nécessaires à la réalisation de l'étude auprès des CIS retenus pour l'enquête, nous avons contacté par téléphone les chefs de CIS au cours des mois d'octobre et novembre 2019.

Ensuite, des contacts ont été pris avec un SP « référent » de l'étude au sein du CIS, avec qui nous avons organisé les journées d'entretien et recruté les SP correspondants à nos critères.

3.2.4.5. Déroulement de l'enquête

Les entretiens ont été réalisés au sein des CIS.

Le référent avait préalablement prévenu les SP de garde le jour de l'étude, et les SP se portant volontaires étaient interrogés dans un bureau fermé, de façon individuelle.

Ils se poursuivaient par des rappels les notions d'anonymat et la destruction des données. Le consentement pour l'enregistrement et le traitement des données ont été demandés par la signature de l'interviewé.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ce qui nous a permis de retranscrire les propos des SP le plus fidèlement possible, dans un document Word.

Nous avons au total réalisé 12 entretiens :

- 4 à La Chapelle-la-Reine
- 4 à Meaux
- 4 à Vulaines-sur-Seine

Ce nombre d'entretiens nous a paru suffisant, au vu de la richesse des informations apportées et de la saturation de réponses à des questions.
Les entretiens duraient entre 11 et 33 minutes, avec une moyenne d'environ 18 minutes par entretien.

3.2.4.6. Méthode d'analyse

Pour analyser nos entretiens, nous avons importé les fichiers de notre dictaphone sur notre ordinateur verrouillé par un mot de passe personnel, puis nous avons utilisé le lecteur de média « VLC ».
En parallèle, nous avons retranscrit les entretiens sur un logiciel de traitement de texte « pages ».

En se référant aux différents axes de notre recherche et grâce au logiciel Excel, une grille d'analyse d'entretien est constituée. Puis, tous les verbatim ont été retranscrits suite à la lecture des entretiens dans la grille pour être étudiées.

4. Analyse et résultats

4.1. Population interrogée

Lors de notre étude, nous avons interrogé :

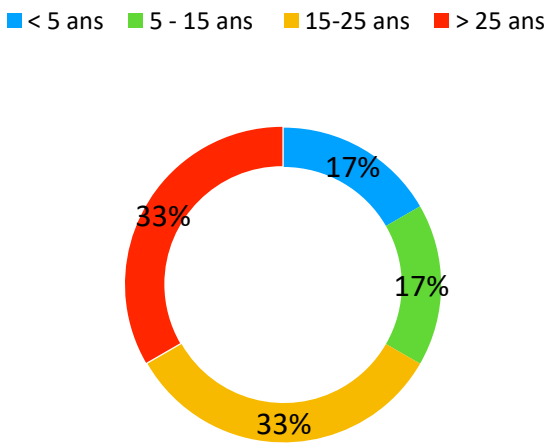
- 4 sapeurs-pompiers (SP) du CIS de Meaux
- 4 SP du CIS de Vulaines-sur-Seine
- 4 SP du CIS de La-Chapelle-La-Reine

4.1.1. Caractéristiques personnelles

Voici la répartition des SP en fonction de leur expérience en tant que SP :

Figure 1 : Nombre d'année d'expérience en tant que sapeur-pompier

Sexe : Malgré les 17% de femmes que comptent les effectifs du SDIS, nous n'avons pas eu l'opportunité d'en interroger.



Expérience de la parentalité : La moitié des SP interrogés ont des enfants et ont assisté à la naissance de leurs enfants. De ces constats, nous avons demandé si l'expérience de la parentalité et le fait d'avoir assisté à un accouchement (en avoir vu le déroulement, l'ordre du temps, les gestes effectués…) avaient influencé ou non leur pratique, question que nous avons également posée aux SP n'ayant pas d'enfants.

Les réponses étaient disparates : la moitié des SP interrogés pensent que cela n'a pas d'impact, comme le dit SP9 : *« ce que j'ai fait en tant que papa c'était vraiment stressant. Ce que j'ai fait en tant que pompier, c'est vraiment moins stressant pour moi »*, et SP11 : *« ce que je vis personnellement c'est pas du tout le même ressenti que sur les interventions. C'est complètement différent »* ; tandis que l'autre moitié, comme SP2, pense que *« oui totalement…oui.. déjà le fait de voir la chose de A à Z avec des explications à côté avec une sage-femme (…) ça aiderait carrément.. le fait de comprendre comment se passe un accouchement »*.

4.1.2. Caractéristiques professionnelles

Profession : Afin d'évaluer tous les facteurs pouvant influencer le ressenti, nous avons pris en compte les expériences professionnelles des SP.

Aucun d'entre eux n'avait ou ne pratiquait actuellement de profession médicale ou paramédicale leur permettant d'avoir eu des expériences en tant que professionnels dans une maternité.

La répartition des SP interrogés était la suivante :

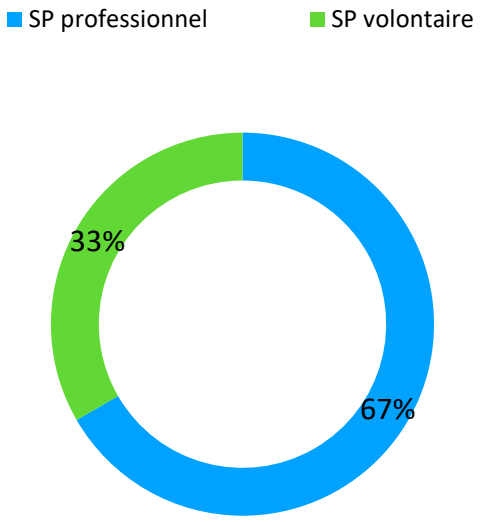
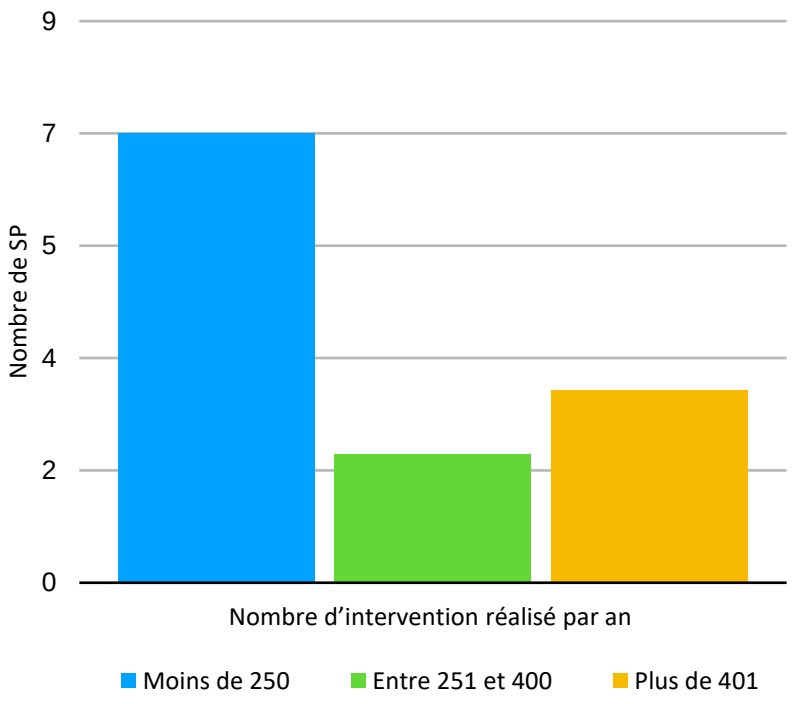


Figure 2 : répartition des SP interrogés selon leur statut

Le nombre d'intervention réalisées par SP par an était réparti de la façon suivante :

Figure 3 : nombre d'intervention réalisées par les SP par an



4.1.3. Formation des professionnels

Tous les SP interrogés, à l'exception d'un, ont reçu leur formation initiale en Seine-et-Marne, entre 1993 et 2019.

Cette formation n'a pas été réalisée par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien, mais par des SP formateurs ou des infirmiers et médecins du service de santé et de secours médical (SSSM).

Pour la question concernant la durée de cette formation, les SP ont répondu à l'unanimité qu'elle était de courte durée, entre une et deux heures, comme le dit SP6 : *« c'était vraiment rapide, trop rapide »*, SP10 : *« Rapidement... c'est un tout petit module.. ça doit être une heure ou deux »*. Ils semblent trouver cette durée de formation insuffisante.

L'ensemble des SP de l'étude avaient participé à la formation de maintien des acquis (FMA), et ont dit qu'elle avait lieu une fois tous les cinq ans concernant la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né. De plus, SP2 nous a indiqué qu'il s'agissait de : « *deux heures de formation (…) avec de la pratique sur des mannequins, un petit peu de théorie, on voit quelques diapositives, puis après voilà. Que sur l'accouchement et le bébé à la naissance rapidement »*, ce que SP4 a confirmé : *« C'est que sur l'accouchement. L'accouchement et puis après le bonnet, comment le réchauffer. Puis après on enchaine sur la RCP (réanimation cardio-pulmonaire) »*.

Concernant la femme enceinte, les SP ne sont donc formés qu'à la prise en charge de l'accouchement inopiné et du nouveau-né, mais pas sur la prise en charge des fausses couches spontanées, de la rupture des membranes, du prématuré, de l'hémorragie du post-partum (HPP) et d'autres urgences.

De plus, aucun des SP interrogés n'avait effectué de stage en maternité.
La suite de l'entretien portait sur le déroulement d'une intervention, de la réception de l'alerte jusqu'au retour au CIS. Pour commencer, nous avons interrogé les SP sur la transmission de l'intervention.

4.2. Avant l'intervention : transmission de l'information par le CTA-CODIS

4.2.1. Qualité de l'information reçue

Cette transmission d'information semble primordiale car elle fait partie intégrante de l'intervention. Elle peut d'emblée mettre les SP dans un état émotionnel différent, puisqu'ils vont d'ores et déjà mobiliser des compétences et se projeter dans l'intervention. Ainsi, nous avons voulu connaître la qualité des informations données lors des interventions grâce à l'acheminement d'une expérience vécue par les SP.

La majorité des SP interrogés pense que le motif du ticket de départ ne correspond pas à ce qu'ils retrouvent sur place. Le SP1 explique que le motif n'est pas toujours correspondant : *« Non, pas vraiment… Après ça peut-être tout et n'importe quoi. Une personne qui va juste avoir des contractions et qu'il va juste falloir emmener à l'hôpital ou alors une personne qu'il va falloir accoucher alors qu'elle est dans la cuisine par exemple. Dans tous les cas, on a le même motif de départ… »* Les SP4 et SP2 ont expliqué respectivement *« pour tout ce qui est gynéco, c'est aléatoire »*, *« des fois c'est la surprise »*. Beaucoup d'entres eux ont évoqué la différence entre l'information et le réel. En effet, selon le SP9, *« bien souvent on est bipés pour un accouchement inopiné et quand on arrive, la personne est sur le bord du trottoir avec les valises »*.
SP3 nous explique que *« (le motif) est toujours le même, y'a que dans les observations ou on peut avoir… Sinon c'est accouchement imminent, en cours ou réalisé. Les motifs de départ c'est ça»*. L'opérateur a donc la possibilité d'apporter des précisions aux mots-clés utilisés pour le motif de départ, dans une partie « commentaire ».

A contrario pour certains, les informations données sont justes. En ce sens, SP6 et SP10 ont expliqué que *« oui il est toujours clair »*, ou alors *« oui en général il correspond à peu près »*, mais sans argumentation supplémentaire.

La majorité des SP interrogés ont argumenté cette différence d'information par :

- L'utilisation de termes trop génériques, de mots clés qui ne permettent pas de nuancer les situations ;
- Les informations données par la population qui appelle ces services, rappelant que la problématique des appels d'urgence n'est pas toujours comprise par la population.

Ainsi, la qualité de l'information reçue est un facteur pouvant mettre les SP dans un état émotionnel donné et qui conditionnera la façon d'aborder l'intervention sur pour laquelle ils sont appelés. C'est dès cet instant qu'ils vont mobiliser leurs ressources internes et externes.

4.2.2. Ressenti à la réception de l'information

De plus, nous désirions que les SP qualifient leur savoir-être à l'instant de la réception de l'information sur leur bip. Nous leur avons demandé quel était leur sentiment principal lorsqu'ils voyaient « femme enceinte » sur le ticket de départ. Cela nous a permis de nous intéresser à leur premier ressenti, et par la suite, de comparer ce premier ressenti à celui pendant et après l'intervention.
7 SP sur 12 nous ont clairement exprimé leur ressenti à l'aide du champ lexical du stress. Voici les mots que nous avons retrouvé dans les réponses à cette question, concernant les 7 SP :

- *« ça rassure pas »*
- *« stressé »* ***(dit cinq fois)***
- *« appréhension »*
- *« pas à l'aise »*
- *« pas aguerri »*
- *« je ne sais pas comment je pourrai réagir »* ***(en parlant d'un accouchement pathologique)***
- *« moment de solitude »*
- *« peur »*

SP1 évoque ces sentiments : « *étant donné que c'est quelque chose qu'on fait pas forcément souvent donc c'est une intervention qui sort un peu de l'ordinaire, on va dire que ça rassure pas donc on est quand même un peu stressé… oui après du stress ça peut se contrôler mais le ressenti c'est quand même une appréhension ».*
Il indique que le fait de ne pas faire souvent ces interventions sont pour lui un facteur de stress, ce que confirme SP6 :

> *Un sentiment de faire quelque chose pour laquelle on est pas aguerri en fait. Je ne me sens pas du tout à l'aise. Je suis serein parce que j'ai de l'ancienneté mais je sais que c'est quelque chose qu'on fait pas tous*

les jours et qui est pas facile, on peut tomber sur des choses (…) Je sais pas du tout comment je pourrai réagir face à ça.

Il complète donc en évoquant que les situations pathologiques lors d'un accouchement sont aussi un facteur de stress pour lui.

À contrario, 2 SP ont exprimé se sentir à l'aise lors de cette annonce : SP4 :

On est content de faire ce genre d'intervention quand on fait vraiment un accouchement, c'est plaisant de donner la vie, enfin d'aider, des accouchements ça fait 20 ans que je suis pompier, j'ai du en faire tout seul, sans équipe médicale, ça a du m'arriver deux fois, et avec équipe médicale j'ai du en faire 7/8.. sur une centaine de départ pour ce motif.

Il signale que quand il est bipé pour le motif « femme enceinte » ou « accouchement », la probabilité pour qu'il y ait réellement cet acte à réaliser est faible. Cette expérience le rend donc moins anxieux lors de la découverte du motif. Un autre SP explique cette assurance par le fait d'avoir un matériel adapté, qui convient aux actes qu'ils sont habilités à réaliser : SP11 se qualifie de : *« Serein, à l'aise le petit matériel qu'on a je pense que vous le connaissez, on a le matériel de base, je pense que c'est largement suffisant pour ce qu'on fait. Parce que l'environnement c'est pas vital, que ce soit dans une voiture, à la maison. On fait pareil ».* Pour lui, une intervention avec une femme enceinte n'est pas plus source de stress qu'une autre.

Enfin, 3 SP ne nous ont pas clairement cité leur état à cet instant : SP5 exprime que *« c'est une inter, pas plus pas moins »*. Il ne différencie pas ce motif d'intervention d'une autre. SP2 dit *« on est préparé pour, on a pas le choix ! »*.

Au final, nous remarquons que le sentiment à la lecture du motif impliquant la femme enceinte est pour beaucoup de SP interrogés un moment de stress.

La justification des réponses des SP qui ressentaient du stress nous a amenés à analyser si ce sentiment est corrélé au nombre d'intervention réalisé par an.

Nous avons illustré cela par un tableau, par nombre d'intervention croissant :

Sentiment principal	Stressé	Stressé	Stressé	Stressé	Stressé	Stressé	Stressé	N'a pas exprimé	A l'aise	A l'aise	N'a pas exprimé	N'a pas exprimé
Nb d'intervention/an	150	150	150	180	200	200	250	350	360	450	450	800
Nb d'année d'expérience SP	6	22	25	12	4	23	25	36	27	20	4	22

Tableau 1 : corrélation entre le ressenti, le nombre d'interventions et l'expérience des SP

Nous remarquons que les SP exprimant la notion de stress ont tendance à faire en moyenne moins de 250 interventions par an.
Ainsi, nous pensons que le savoir-être des SP à cet instant est en parti lié au nombre d'interventions qu'ils font, et donc à leur expérience.
Nous avons ensuite comparé cela avec le nombre d'années d'expérience de ces SP.
Concernant le nombre d'année d'expérience en tant que sapeur-pompier, nous n'identifions pas de lien avec le sentiment exprimé à la réception de l'information.

4.2.3. Traitement de l'information par le SP

Nous avons interrogé les SP sur la façon dont ils abordaient l'intervention lors de la réception de l'appel jusqu'à leur arrivée sur les lieux. Pour cela, nous leur avons demandé ce qu'ils faisaient dans le VSAV, en équipe. Cela nous permettra de comprendre comment et quelles capacités sont alors mobilisées, si le travail en équipe s'amorce déjà, quelles sont leurs stratégies pour aborder l'intervention, et enfin, voir si c'est dès cet instant qu'ils se projettent dans la situation.
Les SP n'étaient pas unanimes à propos de cette question.

La moitié d'entre eux ont exprimé qu'ils se préparaient aux interventions durant tout le trajet, comme le précise SP6 *: « On parle entre nous, pour savoir pourquoi on part. Suivant le motif, on se fait déjà un petit film sur ce qu'on va faire. Chaque personne a un rôle attribué. On voit le matériel à descendre, quelle tâche il faut faire. » ;* ce que confirme SP7 : *« On parle du motif, on se met d'accord sur ce qu'on va faire quand c'est grave, on débrieffe sur les manoeuvres ».*

Ces SP ont donc une première représentation mentale de leur intervention qui conduit à la mobilisation de leurs différentes ressources, pour ensuite mobiliser leur savoir-agir. Ainsi, ils se remémorent les protocoles, en équipe. Cela conduit à la mise en action simultanée des connaissances acquises au cours de leur expérience et de leur formation et à leur organisation. Le fait de préparer mentalement l'intervention semble leur apporter de la réassurance.

A l'inverse, d'autres SP nous ont informé du caractère anxiogène que pouvait avoir cette méthode, comme le montre SP9 : *« Je trouve que c'est pas bien, ça met une pression supplémentaire. Ils savent ce qu'ils ont à faire, ils ont été formés pour »*. Il montre également qu'il y a une réelle confiance entre les SP. SP12 complète en disant : *« C'est difficile de trop se projeter avant parce que entre une situation qu'on imagine et la situation quand ça arrive, ça peut être complètement différent (…) Donc tout ce qu'on schématise (…),tout s'envole d'un coup, donc on s'adapte à la situation et on parle pas trop des trucs »*. Il insiste sur l'écart entre la situation imaginée à partir des informations reçues sur le ticket de départ et la situation réelle. Le fait de se mettre

dans l'intervention par la révision de protocoles ne leur permet pas de mobiliser les compétences nécessaires à la prise en charge de la victime. Ils préfèrent donc ne pas en discuter en amont, et adapter leur réponse interventionnelle face à la victime, sur place.

Enfin, des SP nous on fait part de leur adaptation en fonction de leur équipe. Ils adaptent le déroulement du trajet en fonction des SP avec lesquels ils se trouvent, comme dit SP3 : *« Non, on en parle pas, à part si tu as des jeunes avec toi, mais sinon une garde avec des anciens, on en parle pas »*. SP8 explique que *« s'il y en a un qui se sent moins à l'aise [en parlant de l'accouchement], c'est moi qui le ferais de principe parce que chacun a son rôle (…), on le demande de principe surtout pour savoir s'il y en a un qui en a jamais fait, après la plupart des anciens en ont déjà fait un ou deux en inter »*. Nous remarquons que les SP vont aussi d'adapter à leurs collègues pour amorcer un travail d'équipe, en étant plus attentif aux besoins de ceux-ci, surtout quand ce sont de jeunes SP, qui ont moins d'expérience.

Comme nous l'avons lu en étudiant G.Le Boterf, il n'existe pas qu'une seule réponse compétente face aux situations professionnelles. Chaque SP va adapter sa réponse en fonction de ses ressources personnelles, de l'équipe avec laquelle il est, selon une conduite qui lui est propre. La compétence individuelle s'inscrit dans la compétence collective, et elles sont toutes les deux dépendantes l'une de l'autre.

En conclusion, le ressenti des SP est bien un élément personne-dépendant, qui va conditionner la gestion émotionnelle de l'intervention.
Le ressenti semble dès le départ être influencé par la rareté du type d'intervention.
Le ticket de départ est donc un élément essentiel, qui influence grandement le ressenti des SP au début de l'intervention, et qui doit donc être un élément sur lequel les SP doivent pouvoir s'appuyer.

4.3. Pendant l'intervention

En troisième partie de l'entretien, nous avons interrogé les SP sur leur vécu pendant l'intervention. Ils devaient ainsi décrire leur ressenti lors des différentes interventions évoquées. Nous avons cité différents types d'interventions, concernant les motifs d'urgence de la grossesse évoqués en partie 2.6 de l'introduction à l'étude. Le but était que les SP se remémorent au mieux leurs expériences, pour que leur ressenti exprimé soit le plus proche possible de celui lors de l'intervention.
Sur les 12 SP interrogés, seul un SP n'avait jamais eu d'intervention auprès d'une femme enceinte. Il avait 3 ans d'expérience en tant que SPV et 1 an en tant que SPP.

4.3.1. Intervention pour fausse couche spontanée

Nous avons demandé aux SP s'ils avaient déjà eu des interventions auprès de femmes faisant une fausse couche. Ce motif d'intervention étant peu évoqué dans le cadre de la formation, nous avons souhaité connaître le déroulé de ces interventions, pour aider le SP à se remémorer les forces ou les difficultés qu'il a éprouvées lors de la prise en charge de la victime.

4 SP n'avaient jamais eu ce type d'intervention. Les 8 autres en avaient déjà réalisées au moins une fois.

Parmis eux, 2 se sentaient à l'aise, n'avaient pas rencontré de difficultés particulières, comme l'exprime SP11 : *« Ca s'est bien passé, parce que le relationnel on sait faire, et c'est surtout ça »*.

SP5 explique ressentir de la compassion, et va donc mettre en place tout ce qu'il peut, à son échelle, pour aider la victime :

> *Fausse couche oui, et en général elles mettent une garniture et nous on passe le bilan et on les transporte évidemment, mais c'est vrai que si on peut les emmener sur le centre hospitalier où elles sont suivies c'est mieux, mais vous savez qu'avec la sectorisation c'est pas forcément facile, surtout si c'est loin mais en général c'est vrai que c'est sur le secteur, mais oui on essaie de faire ça pour elle.*

Des SP se sont eux, sentis en difficulté, pas tant dans la gestuelle et la réalisation de l'intervention, mais plutôt pour le soutien psychologique de la patiente et la position qu'ils doivent adopter vis à vis d'elle, dans ce contexte où il y a une perte de la grossesse. C'est ce que montre SP8 :

> *Ca s'était pas top… Elle avait fait ça dans les toilettes…(confusion) Moi j'ai du mal avec la prise en charge psychologique parce qu'on ne sait pas quoi leur dire à ce moment là, employer les mots, on peut pas leur dire c'est fini c'est passé enfin c'est peut-être des termes qu'il ne faut pas dire dans ce genre de cas, enfin oui là on est carrément pas à l'aise quoi. Enfin pas en stress mais vraiment pas à l'aise pour savoir ce qu'on peut dire et faire pour que ça se passe au mieux, on se sent pas à sa place*.

SP12 confirme cette position parfois délicate :

> *Pour nous bien, pour la dame… elles ont pas toujours conscience qu'ils sont en train de faire une fausse couche, nous on leur dit pas trop, après on a un questionnement derrière où on cherche à savoir (…), qui pourrait donner un peu plus d'infos sur le pourquoi du comment pour que nous on ait un peu plus d'infos à communiquer au SAMU. Mais bon vis à vis de la victime.. même si on s'en doute et qu'on est sûr on communique pas trop la dessus, on dit bah attendez on va vous envoyer à la maternité.. Je pense pas que tout le monde mesure l'aspect psychologique de la chose… C'est compliqué*.

Nous constatons que les gestes inhérents à l'intervention ne sont pas source d'angoisse ou de stress pour les SP, qui passent rapidement un bilan au SAMU, avec les données principalement hémodynamiques de la victime.

En revanche, les SP recevant une formation brève sur cette intervention, sont confrontés à une situation où le psychologique de la victime et de son entourage peuvent être grandement atteints, par la prise de conscience de la perte d'une grossesse. C'est face à cette prise en charge psychologique que les SP se sentent le plus en difficulté, exprimant majoritairement ne pas se sentir à l'aise vis à vis de la victime, et ne pas avoir les outils nécessaires pour échanger avec elle.

4.3.2. Intervention pour accouchement inopiné

Par la suite, nous avons questionné les SP sur les accouchements inopinés. Nous demandions s'il s'agissait d'accouchements eutociques (présentation, complications, prématurité), et quel était leur vécu de ces situations.
Sur les 12 SP interrogés, deux n'étaient jamais intervenus pour un accouchement inopiné.

Parmi les autres, beaucoup avaient eu plusieurs fois ce type d'intervention.
La plupart d'entre eux semblait ne pas être totalement à l'aise et serein lors de ces interventions, par le ton utilisé, les hésitations. Ils comptaient beaucoup sur l'arrivée d'une équipe médicale en soutien.
Nous avons d'ailleurs posé une question spécifique pour les SP de La Chapelle-la-Reine, qui sont éloignés du SMUR, sur laquelle nous reviendrons au paragraphe 4.6 de cette partie.
SP4 évoque ce soutient du SMUR : « *Oui, j'ai toujours eu de la chance, c'était toujours facile (rires). Parce qu'on est à Meaux, et l'avantage c'est que le SMUR arrive assez vite sur le secteur* ». SP1 confirme cette attente en exprimant son soulagement :

> *Par rapport à l'intervention donc le bébé était déjà sorti à moitié, y'avait la tête quand on est arrivé, on l'a couverte, mise sous oxygène, y'a une personne qui est derrière elle pour la soutenir parce qu'elle était assise dans sa cuisine comme je disais voilà l'autre pompier rassurait le père et … heureusement que le SMUR est arrivé très très vite derrière, le travail elle l'avait déjà fait elle-même voilà par la suite une fois que le cordon ombilical a été clampé et on a pris bien sur le kit d'accouchement avec la deuxième bouteille d'oxygène et les clamps de Barr etc.. on a fait tout ce qu'il fallait au niveau du cordon ombilical et par la suite c'est là que le SMUR est arrivé et qu'il a vérifié le cordon etc… Après le médecin du SMUR a palpé le ventre, je sais pas pourquoi exactement, et voilà ça s'est bien passé après*.

Nous constatons aussi une organisation très rapide du travail en équipe, avec une mobilisation active des compétences et notamment du savoir-agir. Les SP prennent en compte la gestuelle et la partie médicale liée à l'accouchement, mais doivent aussi prendre en charge l'entourage de la patiente, et lui apporter du soutien, lors d'un moment pourvoyeur de stress chez la victime.

La moitié des SP nous ont fait part d'un sentiment d'appréhension en se remémorant les interventions qu'ils avaient déjà eu, comme SP1 :

> *J'étais pas rassuré, j'ai pas paniqué, parce que je veux pas montrer ça devant tout le monde, non t'es pas du tout rassuré.. (hésitation) t'es pas stressé mais t'as vraiment une appréhension vu que tu connais pas du tout, après heureusement que ça se passait bien, maintenant c'est un peu dur de dire que ça se passe bien étant donné qu'on est pas forcément bien formé la-dessus. Donc ça se passe bien ou ça se passe moins bien après pour moi c'était un accouchement normal et y'avait pas besoin d'être stressé ou paniqué ou quoi que ce soit d'autre*.

Il évoque un sentiment d'appréhension face à quelque chose qu'il ne semble pas maitriser, en évoquant le manque de formation. Un autre SP montrait plutôt que cette appréhension provenait de la situation médicale en elle-même : SP8 :

> *« Donc pas de stress particulier quand on sait que la grossesse n'est pas à risque, par contre je sais que le jour où il arrive par le siège, ou il arrive et qu'on voit le cordon on sait que là il faut surtout pas que ça sorte, que ça coince, ou le cordon enroulé autour du cou, c'est surtout ces peurs là qu'on a… Parce qu'il y a le petit quoi, et la maman »*.

Le fait de ne jamais avoir été confronté à une situation pathologique de l'accouchement est pour lui un facteur de stress, alors qu'un accouchement eutocique ne lui provoque pas forcément ce ressenti. SP12 confirme ce sentiment en parlant d'un accouchement avec une circulaire du cordon ombilical : *« C'est quelque chose que je devrais faire mais de là à me dire que je suis capable de le faire là c'est surprise le jour ou ça m'arrivera… Et j'espère que ça m'arrivera pas ! »*.

Les SP sont confrontés à des situations urgentes qui présentent toutes leur singularité, tant sur l'environnement, les victimes, les motifs d'interventions, le déroulement de ces interventions qui contient toujours une part d'inconnu, avec laquelle ils ont appris à travailler, et qui en fait une de leur principale qualité : la capacité d'adaptation. Cette capacité d'adaptation semble être source d'inquiétude lorsque la situation n'est pas entièrement maîtrisable par eux. En effet, ce n'est pas la situation en elle-même qui est source de stress et d'angoisse pour eux, mais surtout, la peur de pas savoir s'adapter à cette situation de manière individuelle, en adaptant leur savoir-agir et leur savoir-être.

Nous avons retrouvé les expressions suivantes concernant le ressenti lors des accouchements :

- *« j'étais pas rassuré »* (2 fois)
- *« appréhension »*
- *« heureusement que ça se passait bien »*
- *« pas de stress particulier si on sait que la grossesse n'est pas à risques »*
- *« panique à bord »*
- *« surprise le jour où ça m'arrivera »*

- *« ces peurs là qu'on a »*
- *« nous ça nous a stressés »*
- *« c'est du stress, mais du bon stress »*

Ces expressions, appartenant au champ lexical de l'appréhension, témoignent du stress que peut engendrer un accouchement inopiné pour les SP, mais qui peut être utile à la mobilisation active de leurs compétences, avec la mise en place d'un savoir-agir qui permet de réagir face à l'évènement, à l'imprévu et à l'inédit.

A contrario, 2 SP nous ont exprimé ne pas avoir de peur particulière lors de ces interventions, comme SP3 : *« oui j'ai déjà eu, c'était tout à fait normal. Non j'ai jamais eu de cas… difficile »*. Ils faisaient référence à des accouchements eutociques, qu'ils avaient réalisés en soutient avec le SMUR.

4.3.3. Réalisation de la délivrance naturelle

Ensuite, nous avons rédigé une question portant précisément sur la délivrance afin de savoir si c'est un instant particulièrement anxiogène pour eux, étant donné les complications qui peuvent survenir après, comme l'hémorragie du post-partum.
8 SP sur 12 n'avaient jamais réalisé la délivrance.
Parmi ceux l'ayant déjà réalisé, la moitié l'avait fait en présence du SMUR, qui les avait guidé.

Pour les SP, ce moment n'est pas un moment particulièrement anxiogène : SP12 : « *non, pas anxiogène.. On fait surtout attention à recueillir l'intégralité, alors je dirai pas qu'on reconstitue le placenta, on va laisser les professionnels le faire, mais on fait attention »*. SP11, qui avait été assisté pas le SMUR, le montre également : *« ça s'était bien passé après l'équipe du SMUR était là donc… Ils m'assistaient et tout mais ouais ça a été. Ce n'est pas un moment anxiogène pour moi ».*

Ainsi, la délivrance n'est pas un moment anxiogène pour les SP interrogés.
Ils ne sont pas amenés à la réaliser souvent car ils doivent transporter la patiente dès qu'elle a accouché ; le SMUR étant souvent rapidement en relai pour réaliser ces gestes avec les médications nécessaires.

4.3.4. Intervention pour rupture prématuré des membranes

Une question sur la rupture prématurée des membranes a été posée. Les SP utilisent ce critère dans le score de Malinas, pour évaluer l'imminence de l'accouchement. Nous demandions aux SP s'ils étaient déjà intervenus pour le motif : rupture de la poche des eaux sans contractions.

Près de la moitié des SP avaient eu ce type d'intervention. Leurs réponses étaient toutes en accord avec le fait que ce n'est pas une situation particulièrement source de stress pour eux, étant donné que généralement la régulation du SAMU leur demande de transporter rapidement la patiente vers une maternité. Il s'agit alors pour eux de réaliser un bilan primaire (constantes vitales, conscience de la victime, données cliniques) puis de transporter la patiente.

SP11 puis SP4 expliquent cela : *« oui, déjà fait mais pareil, on est serein, on fait une bonne surveillance et puis voilà quoi »* ; *« Oui, ça c'est un motif mais généralement on transmet notre bilan à l'équipe médicale : soit ils nous envoient un SMUR mais généralement le médecin du SMUR c'est « ça peut attendre on se dépêche » et on va vite à l'hôpital (rires) ce qui est compréhensible, c'est pas quelque chose qui est fait souvent souvent, donc quand tout se passe bien c'est facile mais… (rires) »*.

4.3.5. Analyse de la perception de l'accouchement inopiné par le SP à l'aide d'autres types d'interventions

Nous avons donné 5 situations aux SP, que nous avions relevées sur un article de MP Nelly Lavillunière et al. concernant le stress et la santé au travail des sapeurs-pompiers de Paris [30]. Les situations que nous avons relevées figuraient parmi les facteurs interventionnels les plus générateurs de stress pour les SP de la brigade des sapeurs-pompiers de paris (BSPP). Ainsi, nous proposions 4 items relevés dans cet article, puis nous proposions aux SP de classer l'accouchement inopiné parmi ces situations. Cela permet de connaître quelle importance a cette intervention par rapport à leur ressenti, et ainsi, de proposer des perspectives adaptées à celle-ci. Cette comparaison permet de situer l'accouchement inopiné parmi d'autres intervention, et de comprendre quels sont les critères qui permettent aux SP de définir les niveaux de stress inhérents à chaque situation.

De plus, nous demandions aux SP de justifier chaque classement, afin d'identifier leur ressenti face à ces interventions, et comprendre quels sont les facteurs qui influencent le ressenti des SP concernant les interventions, quelle que soit la spécialité concernée.

Les SP devaient classer les cinq interventions, de 1 à 5. La plus stressante était la numéro 1, et la moins stressante la numéro 5.

Nous allons décrire le classement des situations, avec les arguments donnés par les SP justifiant ce classement. Ensuite, nous en allons extraire des arguments généraux permettant de connaître les facteurs qui influencent le ressenti des SP.

4.3.5.1. Arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant

Nous remarquons que l'arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant est une intervention qui est très souvent évoquée par les SP comme étant la plus génératrice de stress. En effet, plus de la moitié des SP l'ont évoqué comme tel, soit sept SP sur douze qui l'ont classé en première position dans le classement. Ils expliquent cela par le fait que la prise en charge d'un enfant les touche plus moralement qu'un adulte, par un sentiment d'injustice de voir un enfant décéder plutôt qu'un adulte.

SP6 explique, en insistant sur le caractère psychologique qu'implique cette intervention :

> *J'ai horreur de faire un ACR chez l'enfant. C'est pas un truc que j'ai fait des centaines de fois mais j'en ai fait plusieurs, et c'est très très très dur, très très difficile moralement, psychologiquement et puis l'entourage quand on arrive sur les lieux, le stress de la maman, non non c'est vraiment très difficile. C'est voilà, moi c'est le pire si je peux donner mon départ quand je pars pour ça y'a pas de problème, mais en général personne ne le veut hein*.

SP10 complète, en exprimant clairement ce sentiment d'injustice du décès d'un enfant : *« il y a la rareté de l'inter qui fait, les premières c'est stressant par rapport à l'intervention, après l'enfant c'est… j'ai jamais eu d'ACR chez l'enfant, mais si ça arrive euh… ça serait.. faut essayer de tout faire pour qu'il revienne, enfin c'est beaucoup plus compliqué »*. Ainsi, il montre la difficulté de la prise de décisions dans ces interventions, pour laquelle il ne doit y avoir qu'une seule issue : sauver l'enfant.

La prise en charge de l'entourage est également un élément rendant cette intervention particulièrement difficile, comme le dit SP2 : *« ça reste pour moi l'intervention la plus difficile je pense, enfin pour moi, je parle, l'enfant voilà c'est toujours parti trop tôt on va dire, enfin quand il fait un arrêt, et puis ce qui est difficile aussi c'est de gérer l'entourage »*.

SP12 complète ces propos en expliquant la projection de cette intervention sur la vie personnelle du SP: *« L'ACR chez l'enfant sans aucun doute. L'ACR chez l'enfant parce que déjà d'avoir des enfants ça nous… comment dire… ça nous projette sur notre vie personnelle, donc du coup on pense à nos enfants, on se dit que ça pourrait être aussi nos enfants, donc c'est vraiment l'aspect le plus compliqué »*.

Le sentiment d'injustice de la perte d'un enfant comparé à la perte d'un adulte (ce n'est pas l'ordre de la vie), la gestion de l'entourage et notamment des parents qui sont en grande détresse, la difficulté psychologique et morale, la projection de cette situation sur la vie personnelle des SP sont des arguments qui ont conduit les SP à classer cette intervention comme la plus génératrice de stress.

4.3.5.2. Prise en charge de personnes exposées à un risque NRBC

En seconde position, les SP ont évoqué la prise en charge de plusieurs personnes exposées à un risque NRBC (nucléaire, radiologique, biologique ou chimique). Sept SP sur 12 l'ont classée entre la première et la troisième position sur les cinq interventions proposées.
Tout d'abord, la rareté de ce type d'intervention est un facteur de stress, comme le montre SP2 : *« parce que c'est des inters qu'on fait très peu, donc forcément ça génère du stress parce qu'on se sent pas maitriser la chose quoi. Et puis après on sait jamais sur quoi on va arriver, NRBC ça peut faire penser maintenant aux attentats etc… mais surtout avec plusieurs personnes exposées »*. De plus, il indique que ce type de risque peut devenir difficilement maitrisable selon le nombre de personnes impliquées et le contexte, ce que confirme SP11, en ajoutant que le manque de formation à ce sujet est aussi un facteur qui rend ces interventions difficiles : *« On est très peu formé la dessus, et y'a beaucoup plus de risque, nous on sait pas faire. On sait que nous primo intervenant on est cuits enfin.. on est soumis au risque, donc ça c'est assez stressant, parce qu'on est pas assez formé donc c'est générateur de stress »*.

De surcroît, le risque encouru par les SP qui sont en première ligne lors de ces catastrophes est aussi un élément les inquiétant, comme l'a montré SP11 précédemment et SP8 : *« NRBC c'est quelque chose qui est… pareil c'est une spécialité qui est durement maitrisable, donc c'est quelque chose qu'on… dès qu'on voit du radiologique on est jamais tranquille quoi, malgré qu'il y ait les tenues on est jamais à l'aise »*.

La rareté de l'intervention, le fait d'avoir un grand nombre de personnes à gérer, de devoir demander beaucoup de moyens de renfort pour agir, de ne pas maîtriser les risques NRBC et les risques encourus par les SP semblent donc être décisifs pour le classement de cette intervention en deuxième intervention la plus génératrice de stress.

4.3.5.3. L'accouchement inopiné et l'Accident de la Voie Publique (AVP)

Les SP ont classé l'accouchement inopiné et l'AVP de façon presque égale, avec sept SP sur 12 qui classent l'accouchement inopiné entre la première et la troisième intervention la plus génératrice de stress, et six SP sur 12 qui ont classé l'AVP entre la première et la troisième intervention la plus génératrice de stress.

4.3.5.3.1. L'accouchement inopiné

Les SP ont évoqué l'accouchement inopiné comme la troisième intervention la plus génératrice de stress, en comparaison aux autres situations.

Selon SP10, la fait d'avoir deux vies à gérer, dont celle d'un nouveau-né est un facteur de stress mais aussi la rareté de cet évènement en tant que SP appuie ce sentiment : *« c'est rare de faire des accouchements, et*

même si on a une formation ça peut être compliqué, y'a la mère, le bébé à prendre en charge, ouais deux personnes à prendre en charge dont un qui est vraiment fragile, c'est vrai que la formation est assez courte ». Il évoque également un manque de formation sur ce sujet. D'autres SP, qui ont classé cette intervention en deuxième ou troisième position, n'ont pas donné d'argument mais ont exprimé leur stress, leur manque de sérénité face à cette situation : SP7 : *« l'accouchement parce que je suis pas du tout serein pour ça »* ; SP4 : *« ça reste stressant quand même »*.

Le manque d'expérience étant lié à la rareté de l'intervention, le manque de formation et le fait d'avoir deux vies fragiles à gérer avec peu de moyens humains sont des facteurs de stress pour les SP lors d'un accouchement inopiné.

En revanche, les SP n'expriment pas la même crainte de la prise en charge d'un enfant victime d'un ACR que la prise en charge d'un nouveau-né dans les premières minutes de sa vie.

En effet, le niveau d'inquiétude exprimé par les SP est largement supérieur lorsqu'ils parlent de l'ACR chez l'enfant que lors de l'accouchement.

La conscience des risques inhérents à l'accouchement et au nouveau-né n'est donc pas totale pour les SP.

4.3.5.3.2. AVP avec plusieurs personnes impliquées

Ensuite, l'accident de la voie publique (AVP) avec plusieurs victimes impliquées a été classé en quatrième position sur cinq dans les interventions les plus génératrices de stress pour les SP.

Le fait de ne pas connaitre le degré de gravité de l'AVP avant d'arriver sur les lieux (selon les informations indiquées sur les commentaires du ticket de départ) est un facteur de stress pour les SP, qui devront réagir en conséquence pour mobiliser des moyens humains et matériels supplémentaires, selon l'évaluation qu'ils auront fait de la situation. C'est ce que dit SP4 :

> *Ca dépend de l'état des victimes parce que bon plus de trois, si c'est que de la bobologie c'est pas grave mais bon après… voilà forcément dès l'instant où il y aura des incarcérés ou ceux qui sont en arrêt pour nous ça sera, j'allais dire le plus stressant parce qu'il y aura une demande de moyens et de renforts à faire et la priorité aussi état grave/pas grave donc on va dire la plus stressante en terme de… non pas stressante mais en terme d'action réflexe rapide et il faut que ça soit rapide et c'est là où on aura le plus de travail*,

ce que confirme SP7 en précisant que les victimes peuvent être des enfants ou des femmes enceintes, augmentant le stress de cette intervention : *« AVP parce qu'un AVP ça peut être très trash, enfin, après on sait pas quelle victime il y a à l'intérieur, ça peut regrouper aussi bien l'enfant que la femme enceinte, du coup c'est un peu plus stressant »*. Les dommages corporels et matériels peuvent également être difficiles à gérer pour les SP.

Ainsi, en classant cette intervention en quatrième position, les SP se sont montrés moins stressés pour la gestion de ces AVP, en indiquant qu'ils étaient récurrents dans l'exercice de leur profession, comme le dit SP2 : *« les AVP avec plusieurs victimes on en fait très souvent, et puis le plus souvent y'a pas grand chose et donc plus souvent le risque pour qu'il y ait des incarcérés est faible. Enfin pour moi dans mon rôle je suis pas chef d'agrès donc j'ai pas autant de choses à gérer qu'eux »*. C'est ce que complète SP11 : *« c'est une inter qu'on a l'habitude de faire, on sait faire, y'a assez de vécu la dessus… AVP et ACR chez l'adulte y'a rien de compliqué, on en fait assez régulièrement, on sait gérer ça, c'est gestes techniques assez simples »*. Les savoirs-agir sont ainsi beaucoup plus facilement mobilisés grâce à l'habitude de réaliser ces interventions.

Cependant, l'évaluation de la situation lorsque plusieurs victimes sont impliquées demande aux SP de mobiliser beaucoup de compétences très rapidement, pour agir efficacement avec les moyens adaptés, ce qui peut être un facteur de stress pour eux.

4.3.5.4. ACR chez l'adulte

Enfin, nous avons cité l'arrêt cardio-respiratoire chez l'adulte, que les SP ont classé comme situation la moins génératrice de stress. Pour eux, c'est une intervention récurrente, dont le schéma de réponse est logique et bien compris de tous les SP. Ce sont donc des éléments rassurants pour eux, comme le dit SP11 : *« On a l'habitude d'en faire, on a beaucoup de vécu la dessus, on sait gérer ça, c'est des gestes techniques assez simples »*. SP5 appuie cette idée :

> *C'est toujours triste un ACR chez l'adulte mais c'est moins difficile que quand c'est chez un tout petit qui n'a rien demandé… Un ACR non c'est facile on a pas à réfléchir, on masse on met l'oxygène et on a un médicalisé, et ça arrive plus souvent d'une part, et d'autre part c'est tellement protocolisé, on a pas à réfléchir. Les protocoles ça laisse aucune place à l'interprétation, c'est tellement paramétré* .

Avec les réponses obtenues à ces questions, nous avons relevé des arguments généraux qui permettent aux SP de classer ces interventions selon leur ressenti :

- La rareté de l'intervention
- La projection sur la vie personnelle
- Le fait d'avoir plusieurs personnes à gérer avec peu de moyens humains et matériels
- La formation reçue à propos d'un type d'intervention
- L'expérience sur un type d'intervention
- L'état de santé des victimes qui reste inconnu jusqu'à l'arrivée sur les lieux

Les éléments permettant aux SP de se sentir plus confiants sont quant à eux :

- Avoir des protocoles d'intervention
- L'expérience acquise sur des interventions récurrentes

- Avoir une formation solide et récurrente sur un thème donné

4.3.6. Collaboration multiprofessionnelle

Nous avons ensuite demandé, toujours dans une logique de chronologie, comment se passaient les transmissions entre les SP et le personnel des urgences gynéco-obstétricales lorsqu'ils y emmenaient une patiente suite à une intervention. Cela nous permet de comprendre quelles attentes les SP ont des sages-femmes, qui sont généralement en première ligne aux urgences obstétricales, afin d'y apporter des réponses adaptées. Il nous semble important de travailler sur la connaissance des moyens de chacun, pour que chaque profession comprenne les missions des uns et des autres. Nous leur demandions également si le développement de l'interprofessionnalité avec les sages-femmes de leur maternité de secteur leur semblait utile.

Concernant le déroulement des transmissions avec les sages-femmes de la maternité du secteur, les SP ont pour la plupart exprimé qu'elles se déroulaient bien, dans un climat détendu, comme SP2 : *« on est bien accueillis, mieux qu'aux urgences générales. Enfin souvent c'est moins occupé on va dire, donc elles sont moins dans un climat de stress… mais toujours très bien »* et SP5 : *« très gentiment, c'est vrai c'est toujours calme, serein, ça nous change des urgences générales, c'est très clair. Ça n'a rien à voir ! C'est tant mieux, mais c'est vrai que c'est la zen attitude »*.

SP9 explique que les sages-femmes qui l'ont accueilli ont toujours été à l'écoute :

> *Bien, elles sont très réceptives, elles écoutent toujours ce qu'on leur dit, (…) Voilà eux ils écoutent vraiment tout, si elles ont pas les informations elles nous les posent, elles sont pas là pour nous juger, bien souvent c'est royal. Si vraiment elles nous posent des questions qu'on comprend pas parce que ça arrive des fois, même si on devrait savoir, elles tournent la situation dans le bon sens pour que nous on puisse comprendre. En tout cas celles avec qui j'ai eu des contacts ça se passait très bien* .

SP11 explique quant à lui qu'il est en confiance de laisser la patiente à une autre équipe pour prendre le relai sur sa prise en charge : *« je pense même que la victime est bien à l'aise quand elle est prise en charge, confiante »*.

Quelques SP nous ont tout de même fait part de certaines difficultés lors de cette transmission d'informations entre équipes, comme SP1, qui considère ne pas avoir les bonnes ressources pour transmettre correctement les informations : *« ça se passe bien, après étant donné que nous on a pas forcément plus d'informations et de formation dessus on peut pas forcément, (…), enfin on lui dit tout ce qu'il y a à lui dire mais voilà si la formation pouvait pousser un peu plus de base, pour pouvoir comprendre un peu mieux on va dire le sujet, ça serait beaucoup plus intéressant »*. Il souhaiterait faire des transmissions plus organisées, permettant une

meilleure continuité des soins, mais aussi comprendre les informations nécessaires pour une prise en charge optimale de ces victimes.

SP8 nous a expliqué que parfois, les attentes des SF n'étaient pas clairement exprimées et pouvaient être en discordance avec les efforts faits par les SP pour recueillir les informations de la manière la plus précise et concise possible, dans la limite de leurs fonctions : *« le petit bémol moi c'est que j'ai l'impression qu'on leur donne tout ce qu'on prend (…) où on essaie nous de faire un bilan assez carré du fait que ça doit être assez précis et rapide pour la prise en charge, et des fois j'ai l'impression que quand on arrive là haut on est pas spécialement à l'écoute de notre bilan (…) on va lui reposer toutes les questions »*.

4.3.7. Interprofessionnalité

De ce fait, nous pensons que travailler l'interprofessionnalité pour que chacun comprenne les attentes de l'autre serait intéressant. Nous avons donc interrogé les SP à ce sujet.
Tous les SP sans exception ont exprimé leur volonté de développer ces liens entre eux et la maternité de leur secteur.

SP2 souhaiterait développer ce travail afin que les SF sachent quelles sont les limites des connaissances des SP à propos de la femme enceinte : *« vous, vous vous rendez compte que nous on est pas beaucoup formé à ça, des fois on nous pose des questions mais là je suis pas capable de répondre, ou j'ai pas pensé à ça, ou enfin… on est pas super bien formés la dessus donc des fois on a du mal, il y a des trucs qu'elles auraient aimé qu'on fasse et qu'on a pas faites »*. SP12 confirme ces besoins, en insistant sur l'importance de connaitre les moyens, tant matériels qu'humains de chacun, afin de comprendre ce que chaque parti attend de l'autre : *« C'est toujours intéressant d'avoir des gens qui travaillent avec nous pour exprimer des fois les difficultés qu'on a entre service et la communication (…), je pense que ça peut être que bénéfique. Connaitre les moyens de chacun et savoir ce que eux ils attendent de nous et ce que nous on attend d'eux »*.

Pour SP8, la réalisation d'un *« dossier préparé en fonction de ce qu'ont besoin les urgences »*, préparé en collaboration avec l'équipe de la maternité pourrait être un avantage, permettant de mettre les informations essentielles, avoir *« un visuel plus rapide »*, pour agir avec efficacité.
Enfin, SP9 évoque la possibilité de *« passer une ou deux heures dans le cursus de notre formation dans une maternité, pour aller voir déjà comment ça se passe dans une maternité »*, et ainsi, comprendre l'organisation des équipes hospitalières.

Les SP sont donc très demandeurs d'un travail avec les équipes de sages-femmes hospitalières afin de mettre en place des mesures adaptées à leurs ressources respectives.

4.3.8. Interventions marquantes et femme enceinte

Par la suite, nous avons interrogé les SP à propos des interventions qui les avaient le plus marquées.
Parmi les interventions marquantes, 5 SP ont cité le déni de grossesse, 3 SP ont cité des accouchements imminents sans SMUR sur place, éloigné d'une maternité, un cas de circulaire serrée ainsi que la prise en charge par un SP de l'une de ses connaissances dans ce contexte.

4.3.9. Vécu des interventions auprès des femmes enceintes par les SP

La question suivante portait sur le vécu des interventions auprès des femmes enceintes que les SP avaient trouvées difficiles. Nous souhaitions ainsi connaître le savoir-être et le ressenti de ces SP à postériori de l'intervention, en ayant pris du recul. Ils devaient nous évoquer les interventions difficiles, en expliquant les freins, mais aussi les forces qui leur permettaient d'appréhender ces interventions.
Nous avons donc identifié deux catégories : les freins et les leviers qui leur permettent de se sentir en confiance lors d'une intervention.

Voici les verbatim utilisés par les SP, classées selon les freins et les leviers qui permettent la prise en charge des femmes enceintes lors des urgences obstétricales par les SP :

Freins	**Leviers**
Manque de formation / manque d'informations / (en évoquant un accouchement pathologique) : gros moment de stress, je me décompose, je ne sais pas comment il faut faire	*Ca fait partie de notre métier*
Manque d'expérience / de pratique	*Les anciens ont moins peur parce qu'ils en ont déjà fait*
Intervention rare, on est démuni / intervention qu'on ne fait jamais	*Le travail en équipe*
Etre une équipe avec que ces jeunes, moins expérimentés	*Capacités d'adaptation, une des qualités principales du SP*
Pas l'habitude d'en faire, pas à l'aise	*L'accouchement est un acte naturel*

Génératrice de stress pour les jeunes qui ne savent pas quels gestes il faut faire	*Me provoque du bon stress, qui me met la hargne, me permettant de faire les gestes avec automatisme*
Pas assez de connaissances sur le sujet	*C'est un moment de joie, les parents vont donner la vie*
Peur de mal faire avec un nouveau-né / deux vies à gérer : la mère et le bébé	*Nous sommes relativement bien formés*

Tableau 2 : freins et leviers pour la prise en charge des femmes enceintes en intervention

Les SP expriment pour la plupart des freins lors de ces interventions, qui les empêchent de se sentir à l'aise. SP6 évoque beaucoup de ces freins lors de l'entretien :

> *C'est une intervention stressante, c'est plus stressant parce que c'est des interventions qu'on a pas l'habitude de faire, et sur lesquelles on est pas à l'aise parce que c'est pas naturel pour nous de faire un accouchement, on en fait pas tous les jours, et en plus nous ici c'est une équipe très jeune, donc la plupart des agents ici n'ont pas connu d'accouchements, donc ils vont arriver ils savent pas quels gestes il faut faire, ils savent pas comment ça va se dérouler, donc eux c'est une intervention génératrice de stress pour les jeunes, donc on essaye de calmer le jeu et que tout se passe bien. Après nous on se cache pas, le gros truc c'est que le SMUR il faut qu'il arrive vite en fait, (…) il faut que le SMUR il vienne pour nous aider*.

Nous lui avons alors demandé si ces sensations provenaient d'un manque d'expérience de la prise en charge auprès des femmes enceintes, à quoi il a répondu que *« oui, c'est ça, et aussi, de ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet »*.

Pour conclure sur le déroulement de l'intervention et son vécu par les SP, nous avons remarqué que beaucoup de facteurs l'influençaient.

Parmi ces facteurs, les SP ont évoqué le soutien psychologique de l'entourage et de la victime, la rareté de l'intervention et le manque de formation.

Les SP ont comparé le niveau de stress de l'accouchement à celui de l'AVP, notamment en évoquant la difficulté entre la situation imaginée dès la réception de l'information et celle retrouvée. Ces deux motifs d'intervention sont pour les SP, souvent très disparates sur la situation réellement retrouvée.

Les SP se sentaient donc en majorité stressés ou ressentaient de l'appréhension lors des accouchements inopinés qu'ils avaient du prendre en charge. Nous nous sommes donc intéressés à la façon dont ils géraient ces émotions à postériori de l'intervention.

4.4. Gestion des émotions

4.4.1. Après une intervention difficile

Nous avons demandé aux SP ce qu'ils faisaient lorsqu'ils avaient eu une intervention difficile sur le plan émotionnel. Cela nous a permis de connaitre les outils à disposition des SP pour gérer leurs émotions et quels sont leurs besoins pour les gérer. Nous avons aussi voulu connaitre leur savoir-être à postériori, une fois l'intervention réalisée.

Tous les SP nous ont d'abord évoqué un débriefing « à chaud », c'est-à-dire dès le retour au CIS, après l'intervention en question. Comme le dit SP2 : *« on en discute, la dessus on est pas mal unis, on va à la machine à café tout ça, on en reparle et celui qui se sent pas bien il le dit, on a pas, entre nous, on essaye d'être francs »*. SP10 complète, en abordant le soutient du SMUR lorsqu'il était engagé sur la même intervention que les SP : *« de toute façon on en parle toujours, après ça dépend du niveau de complexité de l'intervention, mais voilà on en parle toujours au moins.. même des fois avant de repartir de l'hôpital avec le SMUR.. donc ouais des fois on en parle tous ensemble, même avec l'équipage du VSAB et puis après à notre retour »*. Ainsi l'équipe du SMUR engagée avec les SP débrieffe avec eux afin que tous comprennent la prise en charge qui a été effectuée, en refaisant le schéma de l'intervention permettant que personne ne culpabilise à propos de cette prise en charge. Ils reviennent sur la mise en place de leur savoir-agir, dans le but m'améliorer leurs compétences. SP7 l'explique : *« voir ce que j'ai fait de bien, ce que j'ai pas fait de bien »*. Nous remarquons que les SP gardent toujours un regard critique, dans le but d'améliorer leurs pratiques : ils se *« construisent par rapport à [leurs] difficultés »* (SP12).

Un débrieffing « à froid » a également été évoqué, notamment par SP8, qui est chef d'agrès : *« alors moi j'essaye de la faire à chaud/ à froid, c'est à dire faire tout de suite en rentrant, et 2-3 jours après de recontacter les gens qui étaient avec moi pour savoir si ça a un peu travaillé »*. Un suivi est donc mis en place en interne, généralement par le chef d'agrès, pour évaluer l'impact de ces interventions et ne pas laisser les SP gérer seuls ces moments difficiles.

L'esprit d'équipe dans ces moments est également beaucoup cité par les SP, qui se montrent unis, comme le disent SP5 : « *nous ce qui fait notre force c'est le groupe, on est jamais tout seul »* et SP4 : *« quand on est avec des petits jeunes, on en discute, on ne les laisse pas tout seul puis on échange, très souvent pendant la garde y'a toujours des anciens qui viennent aussi discuter un peu, on le sait bien quoi. C'est encore d'actualité, c'est des valeurs qui se perdent pas trop chez nous, donc tant mieux, pourvu que ça dure ».*
Il ajoute la notion particulière du soutien aux jeunes de l'équipe, à qui beaucoup de SP apportent une intention particulière, surtout lorsqu'il s'agit de leurs premières interventions difficiles (premiers décès,

premiers incarcérés etc…). SP12 le montre aussi : *« Mais je m'inquiéterai plus pour un petit jeune qui vient d'arriver qui en a jamais vu. Où je pense que j'aurai une approche vis à vis d'eux »*.

En complément, de nombreux SP nous ont expliqué avoir accès à la cellule psychologique du CODIS en cas de besoin. Ils peuvent à tout moment l'appeler. Un infirmier sapeur-pompier du CODIS répondra à leur appel, et fera, si besoin, appel au médecin/psychiatre de garde qui se déplacera dans le CIS correspondant, afin de prendre en charge le SP qui en ressent le besoin. Cela permet notamment d'éviter au maximum les états de choc post-traumatiques auxquels les SP sont particulièrement exposés.
SP2 explique ce fonctionnement : *« Puis après si vraiment ça va pas on dirigera les personnes vers les cellules psychologiques et des fois même ils nous appellent 2-3 jours après une intervention difficile, j'ai déjà reçu un coup de fil d'une psychologue qui m'a demandé comment vous avez vécu cette inter »*, comme SP12 : *« quand c'est des faits super marquants, y'a une note de service qui dit qu'on peut appeler la psy tout de suite. Après il y a tout un protocole qui se met en place »*.

Une majorité de SP nous ont également exprimé le fait de mettre de l'humour sur certaines situations, après le débrieffing, pour apporter de la légèreté là où les situations pourraient avoir un impact psychologique pesant pour eux. SP7 déclare qu'*« après on en rigole, enfin on essaie de prendre ça à la rigolade pour essayer de mieux l'accepter »*.
Enfin, SP12 explique qu'avec l'expérience, notion que nous avons déjà abordé en parlant des facteurs favorisant le fait d'être à l'aise en intervention, les situations sont plus faciles à accepter. En effet, après 23 ans d'expérience, il se sent *« assez blindé »*.

4.4.2. Un outil à disposition des SP : La fiche de liaison à caractère psychologique

Nous avons demandé aux SP s'ils connaissaient la fiche de liaison à caractère psychologique, qui est un des principaux outils à leur disposition lorsqu'ils estiment des besoins particuliers de prise en charge personnelle, après des interventions marquantes, lorsque la charge psychologique est trop importante.
Onze d'entre eux n'en connaissaient pas l'existence. Cependant, SP11 nous explique le fonctionnement du service dédié : *« pour tout ce qui est caractère psy, la note de service dit s'il y a un problème on peut les appeler n'importe quand, H24, et si on n'arrive pas à les avoir c'est le CODIS santé au niveau du CODIS (…) il faut faire un débriefing à chaud, c'est là que le CODIS santé appelle le médecin de garde voir le psychiatre et ils viennent au centre de secours voir comment ça se passe. Si on les sollicite »*, sans toutefois connaitre cette fiche.
Enfin, SP5 connaît cette fiche, mais ne s'en est jamais servi. Pour lui, elle sert à laisser une *« trace pour faire remonter une information »*. Selon lui, il est primordial d' *« éviter que les gars repartent avec le malheur dans la tête parce que les gardes ça revient vite, il faut traiter le problème tout de suite »*.

Les SP utilisent majoritairement le débriefing pour gérer leurs émotions mais aussi pour revenir sur leurs pratiques après une intervention. La notion d'équipe est un élément fondamental chez les SP, qui apporte un soutien tout particulier aux jeunes SP. De plus, ils savent qu'ils ont accès à une cellule psychologique en cas de besoin pour gérer ces émotions.
La gestion des émotions à postériori est un facteur primordial pour le SP, qui doit pouvoir être opérationnel rapidement et agir avec compétence, peu importe le type d'intervention auquel il doit faire face.

4.5. Collaboration avec la sage-femme

Nous avons ensuite demandé aux SP si la sage-femme pouvait, selon eux, avoir une place dans l'amélioration de ce ressenti. Elle pourrait agir au niveau de la formation et des retours d'expériences par exemple.

Les SP ont tous répondu favorablement sauf SP11, qui explique qu'il n'aurait pas de question à poser à une sage-femme : *« en fait on se pose pas de question, on sait faire donc on fait »*. Cependant, il nuance son propos en expliquant qu'en cas de situation particulièrement difficile, un contact avec une sage-femme serait bénéfique : *« après peut-être que si un jour il y a une problématique un décès ou des choses comme ça oui peut être que là oui on peut le voir autrement »*.
SP8 explique que selon lui, les SF sont *« les plus à même de nous former,(…) les seules qui sont à l'aise avec les accouchements c'est les sages-femmes, c'est leur métier »*.
SP1 souhaiterait la mise en place d'une sage-femme référente par CIS, qu'ils pourraient contacter en cas de besoin, de question. Ainsi, il y aurait un suivi avec une personne de confiance à qui se référer : *« ça serait que bien la sage-femme qui nous forme puisse nous former par la suite, donc avoir une personne qu'on connaît qui puisse nous former et puis qui nous suit de A à Z, (…) des sages-femmes référentes »*.

Nous avons demandé aux SP de nous énoncer des questions qu'ils souhaiteraient poser à une sage-femme s'ils en avaient l'occasion, afin de cibler leur demande le plus précisément possible.
Voici des exemples parmi les questions qui nous ont été posées :

- SP1 *« les questions sur tout, en partant du début, parce qu'on a vraiment un réel manque de formation la dessus (…) mais enfin tout de base, repartir et développer au fur et à mesure »*.
- SP4 : *« ça serait surtout sur les pathologies un petit peu, quelles sont les situations à risque, les sièges, les cordons tout ça, mais les questions ça serait plutôt comment faire ? »*.
- SP7 : *« comment bien faire, des bonnes techniques des petites pratiques pour que ça se passe bien, comment avoir les bons gestes »*.

Ainsi, les SP sont demandeurs d'explications sur la physiologie de l'accouchement, et sur le dépistage des situations à risque, leur permettant d'adapter leurs gestes aux différentes situations rencontrées.

4.6. Ressenti par rapport à l'éloignement géographique du CIS

Une question supplémentaire était posée aux quatre SP interrogés de la Chapelle-la-Reine, CIS qui se trouve éloigné d'un SAMU. Nous leur demandions si le fait d'être éloigné d'un SAMU était pour eux un facteur de stress, sachant que l'arrivée des renforts est plus tardive dans ces cas, mais qu'ils ont un infirmier SP du SSSM pour les soutenir dans ces interventions.

3 SP sur 4 nous ont exprimé clairement que cette situation géographique était un facteur de stress supplémentaire. En effet, SP9 l'explique : *« quand on sait que le SMUR peut mettre 15 minutes pour venir ça augmente le stress, toujours dans le même sens, c'est à dire qu'on est beaucoup plus attentif, on est beaucoup plus sur l'observation et ce qui va faire qu'on se repose beaucoup moins sur le SMUR »*. Il explique ainsi que les SP dans ces cas s'appuient beaucoup plus sur leurs compétences personnelles acquises durant leur formation et leur expérience.
SP12 confirme ce sentiment : *« de savoir que le SMUR ne peut pas venir rapidement, ou voir qu'il peut venir de Montereau ou de Melun, là.. t'es pas forcément rassuré (…) donc ça ça peut être un facteur de stress »*.

Pour finir, SP11 explique que cela n'ajoute pas forcément un stress supplémentaire étant donné que l'hélicoptère du SAMU est plus facilement appelé en renfort dans leur secteur, diminuant considérablement les temps de trajet des équipes médicales : *« en fait comme on est assez loin, on est souvent soumis à la lenteur du véhicule, on a souvent l'hélicoptère qui vient aussi nous, et il vient très régulièrement. Et finalement il va plus vite qu'un SMUR »*.

Ce facteur distance est ainsi un élément à prendre en compte dans le ressenti des SP que nous avons interrogé. Il est important de considérer le ressenti des équipes médicales de secours pour ré-organiser au mieux l'offre de soin en France.

4.7. Prise en charge des aspects socio-culturels des victimes

Pour terminer les entretiens, nous demandions aux SP s'ils avaient des remarques à ajouter.
Un SP nous a fait part d'une remarque à propos d'un thème que nous n'avions pas traité durant l'entretien. Il s'intéressait à l'aspect anthropologique de la prise en charge des femmes enceintes. En effet, il avait déjà rencontré des situations où s'occuper de la femme enceinte en étant un homme avait été très difficile pour l'entourage de la victime : *« il y a quelque chose qu'on a pas abordé, c'est les interventions des SP par rapport à certaines civilisations ou religions, je sais qu'on a pas beaucoup d'infos sur ce sujet (…) des fois les maris*

veulent pas qu'on touche leur femme, alors je me dis que sur un accouchement ça pourrait être vite très compliqué… ».

La prise en charge des femmes enceintes suppose parfois une introduction inévitable dans l'intimité des patientes. Les aspects anthropologiques pourraient être intéressants en complément de formation, afin que les SP puisse agir avec efficience dans des situations particulières.

5. Discussion

5.1 Discussion de la méthodologie

5.1.1 Biais et limites

Dans notre étude, nous pouvons tout d'abord constater un biais de recrutement. En effet, après un message général aux SP de la part des « référents » de l'étude au sein des 3 CIS choisis, nous avons poursuivi le recrutement des SP en nous rendant directement sur les CIS lors d'une garde, ce qui peut constituer un biais de recrutement, car seuls les SP qui étaient présents pouvaient alors répondre.
Nous avons interrogé quatre SP sur 3 CIS de Seine-et-Marne, notre échantillon atteignant 12 SP est de petite taille. Il n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population des SP de Seine-et-Marne. Le fait d'avoir sélectionné 3 CIS nous a limité aux problématiques qui leur sont propres, comme la distance par rapport à un SAMU du CIS de la Chapelle-la-Reine, par exemple. Ainsi, d'autres CIS de Seine-et-Marne ont peut-être d'autres problématiques, qui n'ont donc pas été prises en compte dans cette étude et ses résultats.
Il faudrait réaliser des entretiens dans chacun des CIS seine-et-marnais afin d'être plus représentatif.

Dans notre échantillon d'étude, aucune femme n'est représentée. En effet, il n'y a pas de femme qui a répondu positivement pour la participation à notre étude lors de la première information, et aucune femme n'était de garde les jours où nous nous sommes rendus sur les CIS. Nous pouvons penser que le fait d'être une femme aurait pu influencer le ressenti auprès des femmes enceintes, notamment vis à vis de la position du SP par rapport à la nudité de la patiente ou également le fait d'avoir déjà porté une grossesse, par exemple.

De plus, nous interrogions les SP sur des ressentis éprouvés lors d'interventions faites tout au long de leur carrière, il peut donc y avoir un biais de mémorisation, conduisant à un gap entre les souvenirs du ressenti et le ressenti réel lors de l'intervention évoquée.

Enfin, nous aurions pu utiliser une échelle d'auto-évaluation du stress pour les SP, afin qu'ils puissent situer leur niveau de stress à un certain moment de l'intervention. Cela nous aurait permis de comparer plus finement le ressenti de ces SP entre le début et la fin de l'intervention.

5.1.2 Points forts de l'étude

Un des points forts de l'étude est sa réalisation sur 3 centres de taille et d'activité variable, permettant différents points de vue, selon les particularités de ces CIS.

Les SP se sont montrés investis dans la réalisation de cette étude, et ont répondu aux questions avec précision en apportant de nombreux axes d'amélioration. Cela nous a permis d'obtenir des réponses riches pour l'analyse.
Aussi, le fait d'avoir réalisé les entretiens par une seule personne a permis de limiter les variations, en uniformisant les questions et les relances.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1 Réorganisation territoriale de l'offre de soins et conséquences

Dans notre étude, presque toute la population a été confrontée à une urgence gynéco-obstétricale durant sa carrière. Les SP de notre étude reflètent bien la réalité concernant ce point, puisque ce nombre d'interventions est en augmentation.

De plus, les SP de la Chapelle-la-Reine, situés plus loin de la maternité que les 2 autres CIS interrogés, nous ont bien fait part de leur inquiétude concernant cette distance entre la zone couverte par leur CIS et la maternité, avec un temps de parcours conséquent. Cela augmente leur niveau de stress. Il est donc nécessaire de veiller à ce temps de parcours pour se rendre sur une maternité, afin de maintenir un niveau de sécurité satisfaisant.
Ce facteur de stress s'ajoute à celui ressenti globalement lors de la PEC d'une femme enceinte pour de nombreux SP. Cependant, des compétences semblent avoir été développées spécifiquement par ces SP pour composer avec ce facteur de stress supplémentaire ; cela décrit bien la notion développée en 2.5 de l'introduction à l'étude, qui montre que les compétences sont en perpétuel remodelage.

5.2.2 Moyens humains, matériels : organisation des SP

Tous les SP interrogés avaient à leur disposition les moyens décrits en 2.2 de l'introduction à l'étude.
Les SP de la Chapelle-la-Reine avaient la particularité d'avoir un VLSM au sein de leur CIS, pour un appui médical lorsqu'il est nécessaire. Cela permet donc de pallier à cette distance par rapport au SAMU le plus proche, comme nous l'avions vu précédemment. Cette organisation permet aux SP d'avoir des protocoles précis, venant renforcer leurs ressources internes, apportant ainsi de l'assurance.
La présence de kits avec le matériel nécessaire pour un accouchement permet aux SP d'aborder ces interventions avec plus d'aisance, et représente un appui important. Il est donc nécessaire de les mettre à jour en fonction des connaissances et des évolutions.

5.2.3 Gestion de l'intervention

Les SP nous ont décrit leur façon d'intervenir, de la réception de l'appel à leur retour au CIS.

Nous avons vu que la réception de l'information conditionnait le ressenti du SP, et qu'elle pouvait être pourvoyeuse de stress. Nous avons comparé ce niveau de stress à la réception de l'information à celui évoqué durant l'intervention afin de connaitre l'existence ou non d'une corrélation entre ces deux instants.
Ainsi, sur les 12 SP interrogés, 7 d'entre eux avaient un sentiment comparable entre la réception de l'information et la gestion de l'intervention sur le terrain. Les opérateurs du CTA-CODIS sont donc des personnes clés dans l'intervention, qui vont avoir un impact très important sur le vécu des interventions. Nous verrons qu'il est primordial de former ce personnel sur ce sujet.

Ensuite, certains SP nous ont décrit du stress et de l'appréhension lors des interventions auprès des femmes enceintes. Ce stress n'était pas toujours synonyme de difficultés, et pouvait, au contraire, les aider à mobiliser leurs compétences et notamment le savoir-agir, comme le décrit G. Le Boterf. Selon lui, *« plus il se situe dans le cas d'une organisation du travail faisant appel à la polyvalence, à la prise d'initiative, à la prise de risques, et où la prescription est « ouverte », plus la compétence requise pourra être définie en termes de « savoir-agir en situation ». (…) On attend de lui qu'il soit capable d'agir de façon efficace dans des situations où il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires »*, ce qui est le cœur du métier de SP.
L'adaptabilité du SP est donc un élément permettant d'agir avec compétence, malgré les différentes émotions ressenties à ces instants. Elle permet donc de passer outre certains sentiments, bien qu'il faille les prendre en compte, notamment à postériori.

Après les interventions, les débriefings représentaient la majeure partie du traitement de ces émotions. Ces débriefings permettent aussi aux SP de décrire la façon dont ils ont agi, comment ils s'y sont pris, et ainsi d'apporter de l'auto-critique conduisant à l'adaptation et à l'évolution de ses façons d'exercer.
Nous discuterons en 5.3 de l'apport des retours d'expérience pour compléter ces débriefings.

5.2.4 Formation obstétricale des SP

Comme nous l'avions vu dans l'introduction à l'étude, les SP reçoivent une formation théorique et pratique. Tous les SP interrogés, quelle que soit leur année de formation, avaient reçu ce type de formation concernant la femme enceinte.
Cependant, beaucoup d'entre eux ont évoqué leur volonté de voir cette formation évoluer dans un objectif d'amélioration de leur ressenti et de leurs connaissances.

Cette formation porte principalement sur l'accouchement inopiné et sur la réanimation cardio-pulmonaire du nouveau-né, ce qui explique pourquoi les SP parlent plus de ce sujet que les autres thèmes abordés (FCS, RSPDE…). Nous verrons cela avec plus de précision dans le paragraphe suivant.

5.2.5 Situations gynéco-obstétricales rencontrées

Les SP avaient pour la plupart rencontrés les situations évoquées : fausse couche spontanée / grossesse extra-utérine, accouchement inopiné, métrorragies et rupture de la poche des eaux sans contractions utérines.

Cependant, leurs propos étaient beaucoup plus précis sur la prise en charge des accouchements auxquels ils avaient été confrontés que sur les autres types d'urgences. Nous pouvons relier cela au fait que la formation obstétricale des SP porte principalement sur l'accouchement inopiné et la prise en charge du nouveau-né en cas de besoin de réanimation. Ainsi, leurs connaissances sur cette situation sont plus vastes que sur la rupture de la poche des eaux sans contractions ou sur la FCS.

De plus, l'accouchement représente une intervention plus marquante pour eux, avec des émotions plus fortes, et par conséquent un sentiment de stress plus important. Pour rappel, les éléments qui rendaient les SP plus en difficulté en termes d'émotions étaient particulièrement le manque d'expérience sur un type d'intervention, le manque de formation sur un thème, le fait d'avoir plusieurs vies à gérer en même temps et la projection sur la vie personnelle. Ces notions ont été particulièrement soulignées lorsque l'accouchement inopiné était évoqué. En tant que sage-femme, nous pouvons agir au niveau de la formation et de l'expérience. C'est ce que nous développerons dans nos propositions.

L'évaluation du ressenti des SP a toute sa place, car les émotions ne doivent pas prendre une place trop conséquente lors des interventions et à postériori, afin de laisser le SP mobiliser toujours toutes ses compétences pour agir.

5.3 Propositions des équipes

Les résultats de notre étude nous ont permis de comprendre les besoins des SP pour leur permettre d'agir avec compétence, en se sentant à l'aise et moins stressés sur les interventions auprès des femmes enceintes.

Nous souhaitions identifier la nature précise leurs besoins et évoquer avec eux d'éventuels axes d'amélioration concernant leur exercice afin de renforcer leurs compétences dans la gestion des interventions d'urgences en gynéco-obstétrique. La discussion autour de cet élément a été réalisée. Le récapitulatif des besoins verbalisés par les SP interrogés est présenté dans le tableau 3.
Ainsi, nous apportons des propositions adaptées à leurs besoins et à leur fonctionnement.

Propositions	Nb de SP demandeurs	Argumentation, propositions complémentaires
Formation	11	- SP1 demande travailler sur *« tout du début jusqu'à la fin du moment où même le nombre de contractions »*, car il considère qu'il n' *« y connaît rien du tout, si ça pouvait être expliqué la dessus ça serait très bien »*. - SP2 souhaite renforcer la formation *« Pratique et théorique, les deux »*. - SP5 insiste sur l'importance d'adapter la formation aux moyens disponibles et aux situations les plus rencontrées par les SP : *« Qu'on ait de l'information c'est nécéssaire oui, mais après faut pas qu'il y ait un décalage entre ce que vous nous apprenez et ce qu'on a nous »*. -SP9 explique vouloir : *« plus de contact avec par exemple les sages-femmes qui nous expliquent plus de choses, qu'on ait plus de physio anat concernant ce genre de phénomène, ça ne peut être que bénéfique pour nous, de comprendre le phénomène »*. - SP8 demande quant à lui des explications concernant *« les risques potentiels (…), les situations particulières. Oui connaitre les risques »* qui peuvent être rencontrés au cours d'un accouchement.
Vidéos courtes	7	- SP6 exprime son enthousiasme pour des vidéos courtes d'explications sur une situation donnée : *«oui ça peut être bien ! Il nous faut du théorique et du concret »*. - SP2 confirme : « *La formation c'est toujours bon à prendre, surtout des interventions qu'on fait pas régulièrement* » - En revanche, SP8 insiste sur le fait que ces vidéos ne remplaceront pas la formation pratique : *« voir à la télé on va voir mais je ne pense pas que ça soit le même impact de voir d'entendre d'être présent que de voir à la télé (…) mais je ne suis pas persuadé que ça soit le même impact que de ressentir les choses quand on y est »*.

Stage en salle de naissance	9	- SP8 explique que ce stage serait bénéfique afin de dédramatiser les situations des parturientes : *« le fait de voir un accouchement pour voir le déroulé complet pour quelqu'un qui arrive qui en a jamais fait, ça pourrait… Ouais voir comment ça se déroule, et puis de voir que oui effectivement ça se fait tout seul et que c'est que de l'accompagnement »*. - SP1 précise que cela pourrait être proposée de façon orientée aux chefs d'agrès, qui seront plus sollicités pour réaliser l'accouchement en cas d'intervention : *« dans une journée d'avoir vu ou participé à plusieurs accouchements permet de bien mémoriser la chronologie, les gestes à faire, à ne pas faire, y'a toujours une petite particularité… mais oui tout est plus value.. Je pense que c'est mieux pour la formation des chefs d'agrès parce qu'il y a de grandes chances pour que ça soit eux qui fassent… Parce que les petits jeunes ils feront pas, ils ont moins l'expérience »*.
Retours d'expérience	4	Certains SP nous ont demandé d'organiser des retours d'expérience sur un sujet donné avec des sages-femmes, afin de connaître les gestes à réaliser, d'expliquer les situations qu'ils pourraient rencontrer : - SP9 exprime cette demande, en complément de la formation : *« même si on l'a dans la formation mais peut être discuter avec eux, avoir des ressentis des retours d'expérience »*. - SP10 également : *« mettre une formation plus appropriée.. enfin pas plus appropriée mais avec du personnel qualifiée… Et avec peut être plus de retours d'expériences, parce que sur une garde il n'y a pas beaucoup de personnes qui ont fait des accouchements »*.

Tableau 3 : proposition d'amélioration du ressenti des SP

En réponse à cette question concernant l'amélioration de leur ressenti, un SP (SP12) nous a fait part de son inquiétude quant à la fermeture des SAMU et des maternités ces dernières années, et explique que les SP se retrouvent en première ligne pour gérer ces situations : « *en évitant de fermer les SMUR, en évitant de mettre des hôpitaux à une heure de route.. non mais concrètement plus on va fermer d'hôpitaux plus on fermer de mater et moins y'aura de SMUR et plus ce genre de situation va arriver de plus en plus* ».

5.3.1 Transmission de l'information

Tout d'abord, les SP ont exprimé le fait que le ticket de départ ne soit pas toujours approprié aux situations rencontrées sur place.

Il semble primordial de prendre en compte la façon dont l'information est délivrée par la victime ou son entourage au SP, qui ne lui permet pas toujours d'avoir des informations claires et précises sur la situation. La notion d'urgence est un élément qui devrait être rappelée à la population afin de ne pas encombrer les services, et ainsi de les rendre plus efficients.
Ensuite, il serait intéressant de comprendre plus en détail comment les mots clés ont été choisis pour la transmission de l'information sur le ticket de départ, et quelles sont les contraintes qui y sont associées, afin d'étudier s'il est possible de les améliorer, en collaboration avec les SP opérateur au CTA-CODIS notamment.

De plus, les transmissions interprofessionnelles (avec les sages-femmes de la maternité par exemple) demandent à chacun d'entre eux de comprendre les attentes et les moyens de l'autre. Il pourrait être bénéfique de créer une fiche bilan adaptée à ces types d'urgence, facilitant ainsi la communication.
Le SDIS77 est actuellement en train de créer des fiches bilans dématérialisées, avec un onglet spécifique à la femme enceinte, qui devraient être en service dès juin 2020.

5.3.2 Formation

Concernant la formation, principale demande des SP lors des entretiens, les sages-femmes pourraient être les intervenantes idéales, car elles sont les expertes du domaine de la périnatalité et ont de l'expérience dans ce domaine. Elles pourraient proposer des formations adaptées aux besoins des SP lors de la formation initiale tout comme la formation de maintien des acquis (FMA).
De plus, cela fait partie des compétences de la sage-femme, puisqu'il est inscrit dans le code de déontologie que la sage-femme « a un devoir de formation envers les étudiants sage-femme et de ses pairs ». Elle a donc les ressources nécessaires à la formation, qu'elle peut élargir aux SP, avec des clés apportées durant la formation initiale des sages-femmes, qu'elle peut ensuite compléter par d'autres formations.
Les situations de travail des SP sont composées d'incertitude et d'inédit, et demandent de pouvoir se référer à un professionnel du domaine, comme la sage-femme, pour savoir ce qu'elle aurait fait à sa place. Cela permettrait aux SP de tirer des conclusions de leurs expériences et de leur apporter les clés supplémentaires pour être optimal sur la prise en charge des femmes enceintes [25].
Cela rejoint l'idée de plusieurs SP, de développer les séances de retours d'expérience de la part des sages-femmes, ce qui pourrait faire partie intégrante de la formation.
De plus, nous pourrions proposer des séances de debrief post-intervention, lorsque les SP ont eu à intervenir auprès d'une femme enceinte, afin de tirer des leçons des expériences passées. Il faudrait ainsi qu'une sage-femme se rende disponible en fonction des besoins des SP.

5.3.3 Stage en salle de naissance

Lors de nos entretiens, nous proposions aux SP de leur apporter plus d'expérience en faisant un stage en maternité. Beaucoup d'entre eux semblaient intéressés par cette proposition.

Il faut tout de même garder à l'esprit que la durée de ce stage et de la formation en général doivent être adaptés à la proportion que représentent ces interventions pour les SP. Il ne faut donc pas consacrer un volume horaire excessif pour rester cohérent.

Nous pouvons proposer une journée en salle de naissance, pour la formation des chefs d'agrès, qui seront les personnes les plus amenées à réaliser les accouchements si la situation se présente. Cela nous permettrait de montrer les gestes et le déroulé d'un accouchement et de la prise en charge de diverses urgences, mais constituerait également un temps d'échange entre sage-femme et SP.

Une journée semble raisonnable en terme de durée, et permettrait de voir, selon l'activité qui reste aléatoire en obstétrique, plusieurs situations différentes et notamment plusieurs accouchements.

Ainsi, pour des questions organisationnelles, cela limite le nombre de personne à placer en journée de stage, tout en apportant les informations nécessaires aux personnes concernées.

6. Conclusion

Par cette étude, nous avons cherché à identifier les outils que les sapeurs-pompiers avaient dans leurs mains pour agir auprès des femmes enceintes, afin de comprendre et d'analyser leur ressenti, ce qui n'avait jamais été effectué, notamment en Seine-et-Marne.

Nos résultats nous ont montré que les SP, selon les personnalités, exprimaient des notions de stress ou d'appréhension à l'idée d'intervenir auprès d'une femme enceinte.
Les deux principales causes de ce ressenti que nous avons identifié sont : une formation rapide, qui ne traite pas tous les sujets et un manque d'expérience par un nombre faible de cas rencontrés au long d'une carrière.

Cependant, ce nombre d'intervention est en constante évolution, et tend à augmenter dans les années à venir avec la réorganisation de l'offre de soin en France.
Les SP sont demandeurs d'évolution sur ce sujet, en intégrant plus de formation, de retours d'expérience et de pratique dans leur activité.

La sage-femme trouve alors toute sa place dans cette évolution en apportant son expertise du domaine de la périnatalité aux SP. L'interprofessionnalité est un enjeu majeur dans le cadre de l'évolution des pratiques, et doit être valorisée.

Notre étude était axée sur la Seine-et-Marne, et plus précisément 3 CIS. Les perspectives à envisager seraient d'étendre cette étude à tous les CIS du département, afin d'uniformiser les avis, et d'adapter au mieux les demandes des SP, en prenant en compte chacune de leurs contraintes. Ainsi, nous pourrions proposer de façon plus concrète les axes d'améliorations soulignés dans les résultats de cette étude.

La réalisation de cette étude, et les quelques difficultés rencontrées pour la réaliser nous ont confirmé notre posture et notre envie de mener ces projets à terme, en relation avec les SP se montrant volontaires. Les apports pour notre future activité professionnelle sont nombreux : prise de conscience de l'importance de la collaboration interprofessionnelle, de la gestion des émotions professionnelles et de la remise en question constante de nos pratiques.

Aussi, nous pouvons nous interroger sur une réorganisation plus large de l'offre de soins en obstétrique, en organisant une collaboration plus étroite entre les services d'urgence et les sages-femmes. Par exemple, les sages-femmes libérales pourraient être engagées sur ce type d'alerte. Cela demande à être étudié, mais aussi, la reconnaissance de cette collaboration par l'Etat.

Bibliographie

[1] Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente Ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

[2] Statistiques des services d départementaux d'incendie et de secours 2017 Ministère de l'intérieur

[3] Institut national de la statistique et des études économiques. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2800 communes. [Consulté le 2 mai 2019]. Disponible à partir de l'URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024

[4] DGSCC. Les maternités en 2016 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2017.

[5] Natalité - Fécondité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906667?sommaire=1906743

[6] Inspection générale des affaires sociales. L'hôpital. 2012.

[6 bis] ARS Ile-de-France. En quoi les accouchements hors hôpital sont-ils différents de ceux réalisés dans un établissement de soin ? 2016.

[7] ARS Ile-de-France. Projet régional de santé - Schéma régional de santé 2018-2022. 2018.

[8] République française. Décret no 98-900 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire es établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. JO n°235 du 10 octobre 1998. Page 15344.

[9] DRESS, Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes et résultats. Octobre 2012 (814).

[10] Les statistiques des services d'incendie et de secours, Direction de la sécurité civile, 2016, Ministère de l'intérieur.

[11] République Française. Référentiel commun - Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. 2008.

[12] Direction des moyens opérationnels service opérations - SDIS 77. Kit accouchement. 2001.

[13] Projet de loi relatif à la démocratie de proximité [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/l01-156/l01-15623.html

[14] PERINAT-ARS-IDF : présentation des participants [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: http://www.perinat-ars-idf.org/participants.php

[15]Ministère de l'intérieur, des affaires sociales et de la santé. Recommandations pour les « arbres décisionnels » dans le cadre des départs réflexes des moyens des services d'incendie et de secours. 2016.

[16] Ministère de l'intérieur. Arrêté du 30 septembre 2013 relatif aux formations des sapeurs-pompiers professionnels. 2013;23.

[17] Service départemental d'incendie et de secours 70. Tableau de correspondance activités formation. 2016.

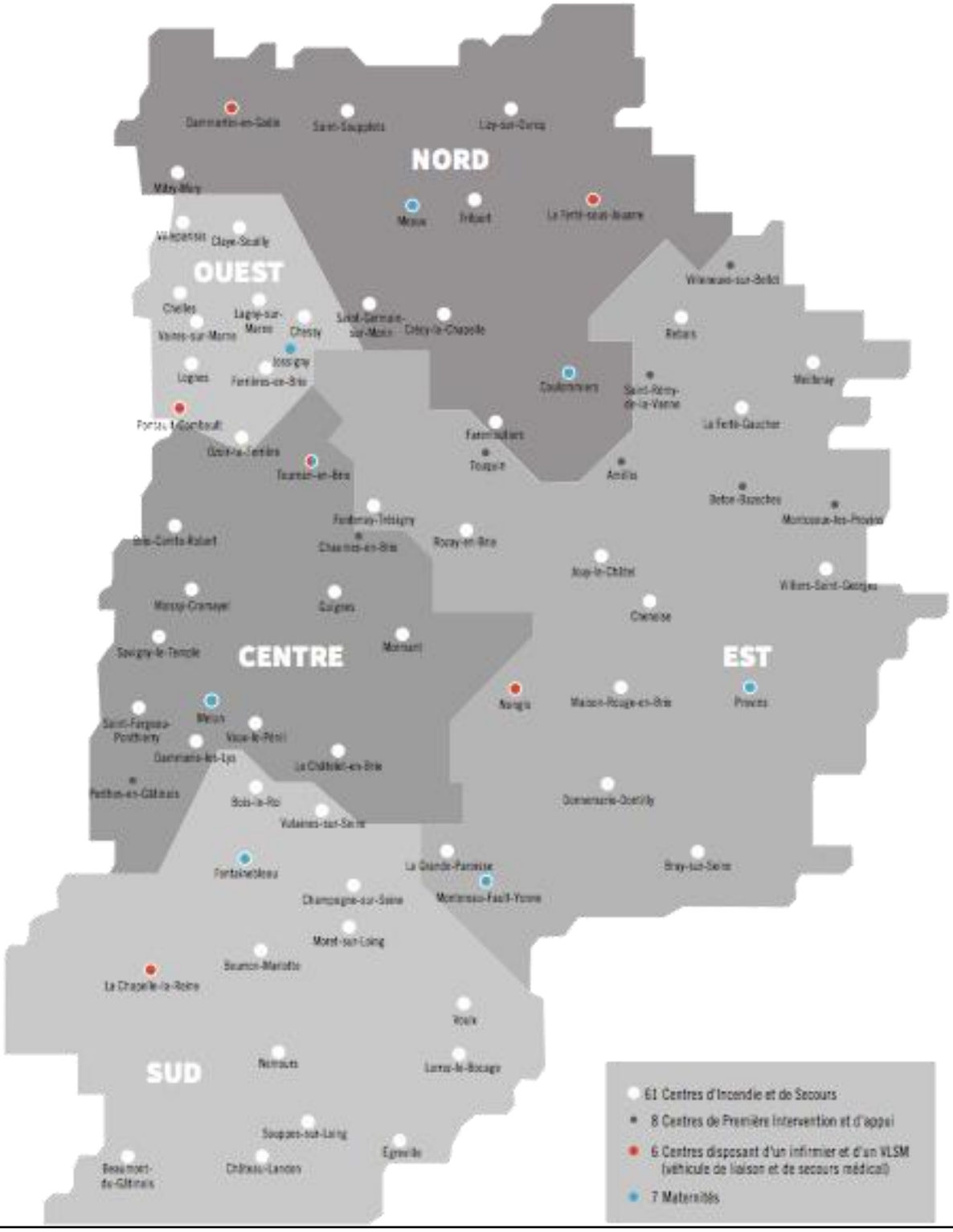
[18] Référentiel formation SPPNO. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises; 2013.

[19] Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Annexe 1 Référentiel formation SPV. 2013
[20] Direction de la défense et de la sécurité civiles. PES2 - Référentiel national compétences de sécurité civile. 2007.
[21] Ministère de l'intérieur. Recommandations de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises relatives aux unités d'enseignement PSE1 et PSE2. 2018.
[22] SDIS 77 - Centre de formation de Gurcy. Livret du formateur équipier VSAV/B. janv 2008;377.
[23] Ministère de l'intérieur. Arrêté du 30 septembre 2013 relatif aux formations des sapeurs-pompiers professionnels. 2013;23. Article 10.
[24] Le Boterf G. Evaluer les compétences – Quels jugements ? Quels critères ? Quelles instances ? Education permanente. 1998 ;(135).
[25] Le Boterf G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins cadres. 2002 ;(41).
[26] Grandjean H., Mienville P., Schneidermann B., Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation, 2001.
[27] Scallon G. ; L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. 2004 ; (74).
[28] Durand C. ; Savoir-être…identifié comme un non-sens philosophique, avoir-être et compétences, 2008.
[29] Mauro G., clinique d'un métier à risques, dans le quotidien d'un sapeur-pompier. Etudes sur la mort. 2009 ; (136) 131-136.
[30] Lavillunière N., Leifflen D., Arvers P. ; Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris, 2009.
[31] Beucher G. Prise en charge des fausses-couches spontanées du premier trimestre. /data/revues/03682315/v39i3sS/S0368231510000517/ [Internet]. 3 mai 2010 [consulté le 2 juin 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/250684
[32] Cabrol D., Goffinet F., Fausse couche spontanée précoce ou grossesse arrêtée. Protocoles en obstétrique. 2009. 1-2.
[33] Collège National des Gynécologues Obstétriciens français. Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation). 2010.
[34] Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris - Formation. Gynécologie obstétrique. 2019.
[35] INSEE. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes, 2017, [consulté le 11/11/19]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024
[36] Jacques B., Les politiques de périnatalité et leurs effets depuis 1972 [internet]. ERES ; 2013 [Consulté le 2 juin 2019]. Disponible sur : https://www.cairn.info/accueillir-le-nouveau-ne-d-hier-a-aujourd-hui--9782749239118-page-341.htm
[37] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique – Les hémorragies du post partum. 2014.
[38] Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris – Formation. Gynécologie obstétrique. 2019.

[39] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique - Rupture prématurée des membranes avant terme. 2018.
[40] Décollement placentaire (hématome rétroplacentaire) - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [consulté 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/d%C3%A9collement-placentaire-h%C3%A9matome-r%C3%A9troplacentaire
[41] Placenta praevia - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [consulté le 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/placenta-praevia
[42] Service départemental d'incendie et de secours77, note de service temporaire. Rôle opérationnel et modalités d'alerte de l'encadrement du service de santé et de secours medical du SDIS77, 2004.

Annexes

Annexe 1



ANNEXE I - CARTE DE LA SEINE DES CENTRES D'INTERVENTION ET DE SECOURS (CIS), DES CENTRES DE PREMIERE INTERVENTION ET D'APPUI DE SEINE-ET-MARNE (CPIA), DES MATERNITES

Annexe 2

	0	1	2
Nombre d'accouchements	1	2	>2
Début des CU	<3 h	3 à 5 h	> 5 h
Durée des CU	< 1 mn	1 mn	> 1 mn
Fréquence des CU	> 5 mn	3 à 5 mn	< 3 mn
Perte des eaux	Non	< 1h	>1 h
Score < ou = 5: transport		Score > 5 : SAMU	

ANNEXE II - FICHE D'INFORMATION A CARACTERE PSYCHOLOGIQUE SSSM SDIS 77

Annexe 3

sssm-52-0114-01

Recueil des FORMULAIRES SSSM
Fiche d'information à caractère psychologique

Nombre de page : 1

DSSSM

Rédigé par	Approuvé par	Validé par
G. FIN – psychologue responsable CAMP et C. TAILLADE – Pôle Opération	E. MILLOT Médecin-chef départemental adjoint	F. TROISVALLETS Médecin-chef départemental

Date de création	Date de révision	Annule et remplace :	
22/06/2016		Motif :	

Utilisateur : **Officiers santé du CODIS + psychologues de la CAMP + médecin responsable du CMAP concerné**
Documents de référence :

Fiche d'information à caractère psychologique				
Données administratives	Date :		**Identité du requérant :**	
	Heure :		**Qualité :**	
	N° ARTEMIS :		CIS / service :	
	Médecin contacté :	**Choisissez un élément**		
Motif de la sollicitation	**Choisissez un élément**			
Résumé des faits				
Mesures prises et ou conseils donnés				
Nom du rédacteur				
Cadre réservé aux membres de la CAMP	Cette fiche d'information nécessite-t-elle un suivi particulier ?			**Choisissez un élément**
	Nature du suivi :			

ANNEXE III - SCORE DE MALINAS

Annexe 4

SDIS	NATURE	Fiche Opérationnelle Départementale	SAP	
	THEME	Fiche Bilan	Fiche n° 008	

Fiche bilan

Ce cartouche permet de renseigner des éléments relatifs à l'intervention. Indiquer le lieu de l'intervention revêt un caractère important à des fins statistiques et de facturation à l'hôpital siège du SAMU pour les carences d'ambulance ou de la logistique SMUR.

Date : _____ N°CRSS : _____ Matricule C/A : _____ GH début de prise en charge : _____

CIS : _____ Motif d'intervention : _____

Adresse d'intervention : _____

LIEU D'INTERVENTION

☐ Domicile ☐ Travail ☐ Lieu public ☐ Voie publique ☐ Espace naturel ☐ Scolaire

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe ☐ M ☐ F Age : _____ ☐ < 2 ans Date de naissance : _____

Adresse : _____

Personne à contacter : _____ Numéro de téléphone : _____

Ce cartouche permet de noter les éléments du bilan XABCDE, les éléments en rouge servent à alerter l'équipage. Ils doivent être rapidement analysés afin de réaliser des gestes techniques et/ou entrer en contact rapidement avec le CRRA 15 pour avoir un avis médical.

BILAN PRIMAIRE (VITAL)	PARAMÈTRES VITAUX	GESTES TECHNIQUES
E/X SANGUINATION - HÉMORRAGIE ☐ Hémorragie		☐ Compression manuelle ☐ Garrot ☐ Pansement compressif ☐ Garrot - GR .....
A AIRWAYS - VOIES AÉRIENNES ☐ Obstruction des voies aériennes		☐ Extraction digitale ☐ Canule oro-pharyngée ☐ Bascule de la tête ☐ Aspiration buccale ☐ Élévation du menton ☐ Tech. de désobstruction
B BREATHING - VENTILATION ☐ Absence de ventilation ou FV < 6/min ☐ Irrégulière / pause ☐ Superficielle ☐ Signes de lutte ☐ Cyanose ☐ Difficulté à parler Fréquence respiratoire : ☐ < 10 ☐ > 30	FR : ..... / min SATURATION EN OXYGÈNE A AMBIANT ..... % ☐ SpO2 en moins < 94% SpO2 SOUS O2 ..... % sous ..... L/min	☐ Position s/s assise ☐ Position assise ☐ Insufflations ☐ Intubation ☐ DAHI O2 ..... L/min ☐ N° Du lot : .....
C CIRCULATION ☐ Absence de pouls ☐ Mal frappé ☐ Irrégulier ☐ Marbrures ☐ Extrémités froides ☐ Pâleur ☐ Sueurs ☐ TRC > 3 sec ☐ Pouls radial non perçu Fréquence cardiaque : ☐ < 50 ☐ > 100	FC : ..... / min PAD : ..... / ..... PAS : ..... / ..... PA ref : ..... / ..... ☐ PAS < 8cr ☐ PAS > 18cr ☐ PAD < 3cr ☐ PAD > 10cr	☐ RCP - GH ..... ☐ RCP partiers à l'arrivée des secours ☐ DSA Nb de chocs .....
D DISABILITY - NEUROLOGIQUE ☐ Alert ☐ Verbal ☐ Pain ☐ Unresponsive ☐ PCI GH..... Durée ..... ☐ RIST positif / début des symptômes GH..... Nombre de convulsions : ..... Durée : ..... PUPILLE GAUCHE / PUPILLE DROITE Réactive O / N DÉFICIT DES MEMBRES Sensitif Moteur Supérieur / Inférieur G D	GLYCÉMIE ..... mg / dl ☐ BGT < 4cr ☐ BGT > 5cr	☐ PLS ☐ Bouscage
E EXPOSURE - EXPOSITION ☐ Chute hauteur > 2m ☐ Traumatisme pénétrant ☐ Section de membre totale ☐ Plaie profonde ☐ Brûlure superficie > 5 % ☐ Brûlure électrique ☐ Brûlure chimique produit : ..... ☐ Localisation de brûlure aggravante	TEMPÉRATURE ..... °C ☐ T° < 34°C EVA ..... /10 ☐ EVA après prise en charge > 4	☐ Immobilisation rachis ☐ Bloçage ☐ Refroidissement - durée : ..... ☐ Emballage ☐ Autre : .....

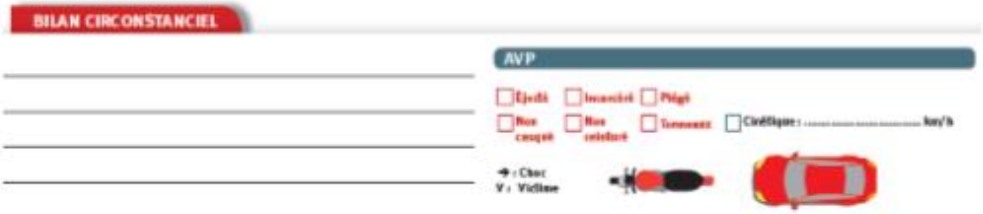
L'échelle **AVPU** est une méthode permettant de qualifier l'état de conscience d'une victime.

Alert: La victime est consciente, bien orientée dans le temps et dans l'espace.
Verbal: La victime est consciente, elle répond aux commandes verbales mais de manière non appropriée(Désorientation temps et/ou espace par exemple).
Pain:(Douleur) La victime réagit uniquement à une stimulation douloureuse.
Unresponsive:(Sans réaction) La victime ne réagit pas, elle est inconsciente.

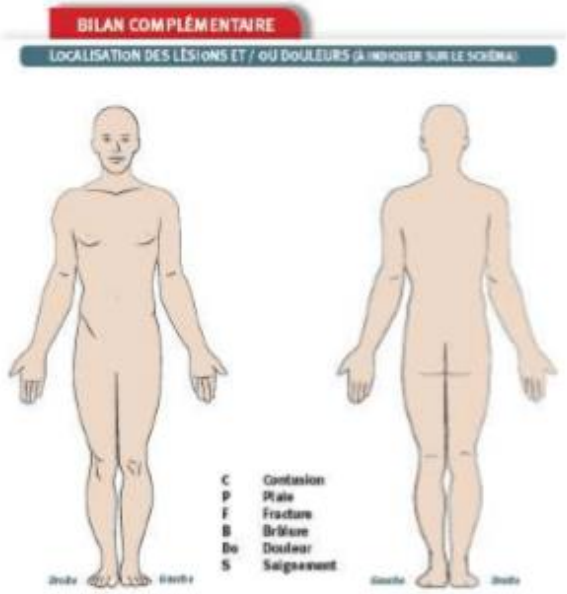
Destinataires	Date de création	Rédigée par	Validée par	MAJ	Réf.
Mémento OPS	04/04/2016	SDO/SSSM/ COPED SUAP		3_24/06/2019	FOD SAP n° 008 - 2/3

NATURE	Fiche Opérationnelle Départementale	SAP	
THEME	Fiche Bilan	Fiche n° 008	

Ce cartouche permet d'indiquer succinctement les circonstances de l'événement. L'AVP fait l'objet d'un descriptif particulier.



La silhouette en face ventrale et dorsale permet d'indiquer à l'aide des lettres la nature de la blessure à l'endroit exact où elle se trouve.



Destinataires	Date de création	Rédigée par	Validée par	MAJ	Réf.
Mémento OPS	04/04/2016	SDO/SSSM/ COPED SUAP		3_24/06/2019	FOD SAP n° 008 - 3/3

ANNEXE IV – FICHE BILAN

Annexe 5

ANNEXE V – TRAME D'ENTRETIEN

Introduction :

Le but de cet entretien est de recueillir votre ressenti, votre vécu et la façon dont vous abordez les interventions dès que la victime est une femme enceinte. L'objectif est que vous exprimiez vos besoins, si vous en avez, et les éléments dont vous auriez besoin pour améliorer votre prise en charge de ce type de patientes, pour qu'à terme, nous vous proposions des réponses adaptées. N'hésitez pas à être précis et à bien détailler vos réponses.

La question de recherche de ce mémoire est la suivante : Comment les sapeurs-pompiers de Seine-et-Marne abordent-ils les interventions gynéco-obstétricales ?

Bien entendu, toutes les données de cet entretien seront anonymisées, et ne serviront qu'à la rédaction de ce mémoire.

Première partie : Renseignements généraux :

CIS : ……..

SPP / SPV

Autre profession (avant SPP ou concomitante à SPV) : ……

Femme / Homme

Nombre d'années d'expériences en tant que SP (hors JSP) : ……

NB d'interventions (/mois ou /an) : …….

Département de formation : ……

Année de Formation : ……

Quel type de formation avez-vous reçu à propos de la femme enceinte et du nouveau-né ?

—> Durée

—> Avez-vous fait le recyclage ?

—> Stage en maternité ?

—> SF /gyn-obst qui a fait une intervention dans la formation ?

Avez-vous des enfants ?

—> Oui : Avez-vous assisté à l'accouchement ?

—> Oui : Pensez-vous que cela influence votre prise en charge, vos sensations/ressenti lors des interventions auprès des femmes enceintes, nouveaux-nés ?

Deuxième partie : Avant l'intervention

Racontez-moi comment se déroule « l'avant » intervention à partir du moment où vous êtes bipés ?

—> Le ticket de départ vous semble-t-il clair, approprié ?

—> Correspond-t-il à ce que vous allez réellement avoir sur le lieu de l'intervention ?

—> Décrivez-moi tout ce qui se passe pour vous, personnellement, mentalement et physiquement avant d'arriver sur les lieux de l'intervention.

—> Décrivez moi ce que vous faites, en équipe, avant d'arriver sur les lieux de l'intervention.

Quel est votre sentiment principal lorsque vous voyez « femme enceinte » sur le ticket de départ ?

—> Comment vous sentez-vous vis à vis de ce sujet ?

—> Comment décririez-vous votre état à cet instant ?

Troisième partie : L'intervention

Pour ces questions, donnez-moi votre ressenti précis lors de ces interventions : à l'aise, quelques moments de questionnement, panique….

Avez-vous déjà eu à intervenir auprès d'une femme enceinte (même en dehors d'un accouchement) ?

—> Par exemple, une femme en début de grossesse qui présentait des saignements vaginaux ? En fin de grossesse ?

—> Par exemple, pour une femme en train d'accoucher ? Quelle était la présentation, l'accouchement était-il eutocique (normal) ?

Avez-vous réalisé la délivrance ?

—> Par exemple, une femme ayant rompu la poche des eaux sans avoir de contractions, même avant le terme ? (Préma)

En comparaison, comment classez-vous les situations suivantes (de la plus génératrice de stress à la moins génératrice de stress) + Justifiez :

ACR chez l'adulte - ACR chez l'enfant - Accouchement inopiné - AVP avec plusieurs victimes (plus de 3?) - Prise en charge de plusieurs personnes exposées à un risque NRBC (nucléaire - radiologique - biologique - chimique).

Lorsque vous emmenez une patiente aux urgences obstétricales, comment étiez vous accueilli ?

—> Comment s'est passée la transmission d'informations ?

Pensez-vous que développer l'interprofessionnalité à ce niveau serait préférable, utile ?

Racontez-nous les interventions marquantes à ce sujet.

—> Relancer sur autres types d'inter que l'acct

Vous êtes vous déjà senti en difficulté dans ces situations ?

—> A votre avis, pourquoi avez-vous ressenti ces difficultés/sentiments ? Quels sont, selon vous, les facteurs à l'origine de ces difficultés ? (ex : nudité de la femme, 2 vies à gérer en même temps, manque de connaissances…).

—> Si pas en difficulté : A votre, avis, quelles sont vos forces pour prendre en charge ces patientes ?

Quatrième partie : Après l'intervention :

En règle générale (pas forcément sur la femme enceinte), que faites-vous après une intervention que vous avez trouvée difficile, éprouvante, riche en émotions ?

Connaissez-vous la fiche de liaison à caractère psychologique ?

—> Parlez-en en quelques mots.

Si vous avez rencontré une situation avec une femme enceinte compliquée, qu'avez-vous fait à votre retour au CIS ?

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer votre ressenti à propos de ce type d'urgence ?

—> Une formation plus pratique vous aiderait-elle ?

—> Des vidéos régulièrement ?

—> Un stage en salle de naissance ?

Pensez-vous qu'une SF pourrait vous apporter quelque chose ?

—> Quelles seraient les questions que vous lui poseriez ?

Avez-vous des remarques à ajouter ?

Question la Chapelle-la-Reine : Est-ce que le fait de se situer à distance du SMUR est un facteur de stress supplémentaire ?

Annexe 6

ANNEXE VI – ENTRETIEN SAPEUR-POMPIER NUMERO 8

- **De quel CIS êtes-vous** ? Je suis de Vulaines-sur-Seine.
- **Etes-vous SPP ou SPV ?** Je suis professionnel.
- **Avez-vous déjà eu une autre profession ?** Non.
- **Depuis combien de temps êtes-vous SP ?** Depuis 1998.
- **Savez-vous combien d'intervention vous faites par an ?** Euh.. alors ici je suis plus à plein temps alors… et puis ça dépend du grade.. euh au début on en fait beaucoup après on en fait moins.. aller je sais pas, par an.. 150 je dirais.
- **Dans quel département avez-vous été formé en initial ?** En Seine-et-Marne.
- **En quelle année ?** En 1998.
- **Et vous souvenez-vous de la formation que vous avez reçu à propos de la femme enceinte et du nouveau-né ?** Bah vague.. euh à cette époque là.. vraiment vague quoi, y'avait pas tous les outils qu'on a actuellement avec les trucs en plastique pour simuler l'accouchement, c'était du vague quoi, c'était du théorique de principe quoi sans outils pédagogique ni tout ça quoi. **Et combien de temps cela durait-il ?** Non ouais c'était trop court.. très court.
- **Avez-vous fait le recyclage sur ce thème ?** Oui.
- **Tous les combien de temps le faites-vous ?** Oh je dirai à peu près euh… ça revient tous les 4/5 ans… **Et combien de temps cela dure-t-il** ? Oh c'est très court, c'est un cas concret une mise en situation donc euh.. ça dure.. une mise en situation ça dure une demie heure quoi.
- **Avez-vous déjà fait un stage en maternité ?** Négatif.
- **Y'avait-il une sage-femme ou un gynéco qui intervenait lors de la formation ?** Négatif. C'est que entre formateurs pompiers.
- **Avez-vous des enfants ?** Non.
- **Et avez-vous déjà assisté à un accouchement en dehors du monde des SP ?** Non.
- **Et pensez-vous que le fait d'avoir déjà vu un accouchement en dehors aurait influencé votre ressenti / Prise en charge ?** Non… Je pense pas. Je pense pas parce que j'ai pas d'enfant. Peut-être que si j'avais des enfants.. Euh parce que déjà si c'est pas pour ses propres enfants assister à un accouchement en

dehors du monde pompier c'est pas ce qu'il y a de plus simple, euh après ouais peut-être si j'avais eu des enfants ouais ça aurait changé les choses mais..

- **La deuxième partie concerne avant l'intervention, de quand vous êtes bipés à quand vous arrivez sur les lieux. Que faites-vous lorsque vous êtes bipés ?** Bah on regarde le motif de départ. Si l'accouchement est confirmé bah en général on essaie de cadrer pendant le trajet, parce que c'est des interventions où il y a déjà la notion de risque et ainsi de suite, moi je fais rappeler l'ordre de chacun et j'essaye de redire les missions de chacun qui va faire quoi, et les précisions du matériel vraiment spécifique à descendre.

- **Est ce que le ticket de départ vous semble toujours approprié à ce que vous trouvez sur les lieux ?** Parfois ça arrive que non.. euh… autant des fois on a la notion d'accouchement avec vraiment la précision deuxième pare troisième pare euh à terme pas à terme ainsi de suite, mais en général c'est du accouchement sans plus d'infos quoi. On a pas la notion si c'est des grossesses à risque etc..C'est assez vague quoi. Et puis 50% des cas c'est des dames qui attendent avec les valises et pourtant c'est aussi écrit accouchement sur le ticket.

- **Que faites vous avant de vous rendre sur l'intervention ?** On parle de l'intervention dans le VSAB. **Et vous répartissez vous les rôles selon qui a le plus d'expérience ?** Bah j'en parle pas du fait que j'ai déjà fait trois ou quatre accouchements, euh.. C'est pas quelque chose qui m'inquiète plus que ça, et puis je sais que s'il y en a un qui se sent moins à l'aise euh du fait que s'il y a un accouchement à faire c'est moi qui le ferais de principe parce que chacun a son rôle et que leur rôle c'est pas celui-la, donc s'il y a un accouchement à faire ça sera moi, donc c'est pour ça que non je reviens pas spécifiquement dessus qui en a fait pas fait, je demande, enfin on le demande de principe surtout pour savoir s'il y en a un qui en a jamais fait, après la plupart des anciens ils en ont tous déjà fait un ou deux en intervention quoi.

- **Quel est votre sentiment principal quand vous voyez femme enceinte sur le ticket de départ ?** Euh… Bah petit stress en plus on va dire, parce que c'est jamais, c'est pas fait pour être fait à la maison et c'est fait pour être fait par une sage-femme et pas par un pompier quoi.. Donc c'est vrai que quand on peut éviter c'est toujours mieux que ça se passe à l'hôpital plutôt qu'à la maison.

- **Comment décririez-vous votre état à cet instant ?** Au départ, pas plus stressé que ça, voilà y'a cette notion de stress voilà un accouchement attention les gars.. C'est plus arrivé sur les lieux où là on se rend compte que là c'est vraiment pas loin, on se dit que ça serait vraiment bien qu'il y ait un médecin qui arrive (rires..), même si le médecin il est dans le même état que nous hein, parce que les urgentistes ils sont pas euh beaucoup plus formés que nous..!

- **La troisième partie concerne l'intervention en elle-même, il faudra me donner vote ressenti précis lorsque vous me parlerez des interventions.** D'accord.

- **Avez-vous déjà eu une intervention auprès d'une femme enceinte ?** Oui.

- **Une femme enceinte avec des saignements en début de grossesse (fausse couche) ?** Euh oui. **Comment cela s'était-il passé ?** Euh ça s'était pas top… Elle a fait ça dans les toilettes.. Euh.. (confusion).. Moi j'ai eu du mal avec la prise en charge psychologique parce qu'on sait pas quoi leur dire quoi à ce moment là, employer les mots, on peut pas leur dire bon bah c'est bon c'est fini c'est passé enfin c'est peut être des termes qu'il ne faut pas dire dans ce genre de cas, enfin oui là on est carrément pas à l'aise quoi. Enfin pas en stress mais vraiment mal à l'aise pour savoir ce qu'on peut dire et faire pour que ça se passe au mieux, ouais c'est vraiment.. On se sent pas à sa place quoi.

- **Une femme en train d'accoucher ?** Oui, euh plusieurs fois, plusieurs fois ou… Alors quand c'est une grossesse qui est pas à risque ou qui.. Ca m'inquiète pas plus que ça, ça me pose pas de soucis, par contre j'ai déjà eu des cas où on est en rase campagne dans le VSAB en plein hiver, ou là c'était vraiment imminent elle était dans le VSAB parce qu'on pouvait pas la laisser chez elle et où le SMUR tardait à arriver, ils ont ouvert la porte du VSAB j'avais des gants stériles comme ça, et puis on y allait quoi mais c'est eux qui ont fait. J'ai eu un cas où c'est arrivé dans le camion, on est arrivés elle avait l'enfant en bas des jambes dans le camion, y'avait le bébé qui criait enfin tout ça y'avait pas de soucis, j'en ai fait plusieurs avec le SMUR où ça s'est fait à la maison avec le SMUR etc… Donc pas de stress particulier quand on sait que la grossesse n'est pas à risque, par contre je sais que le jour où il arrive par le siège, ou il arrive et qu'on voit le cordon on sait que là il faut surtout pas que ça sorte, que ça coince, ou le cordon enroulé autour du cou, c'est surtout ces peurs là qu'on a.. Parce qu'il y a le petit quoi, et la maman.

- **Avez-vous déjà fait la délivrance ?** Non.

- **Une femme qui avait rompu la poche des eaux mais qui n'avait pas de contraction ?** Oui.. Euh.. je réfléchis. On en a fait une qui avait tous les signes de l'accouchement, enfin de la femme enceinte et en fait c'était un déni de grossesse. Donc elle elle nous disait qu'elle avait rien, qu'elle avait pas pris de ventre, qu'elle avait encore ses règles, et ainsi de suite, et elle a accouché deux heures après l'avoir déposée à l'hôpital. On se doutait que c'était ça, mais elle nous a dit non c'est impossible c'est impossible, pourtant elle avait pourtant tous les signes, elle disait « j'ai des crampes d'estomac » etc.. Mais euh ouais non sinon non.

- **Et un prématuré ?** En accouchement non j'ai jamais fait.

- **En comparaison, je vais donner des situations, et vous devrez me dire la quelle génère le plus de stress à celle qui en génère le moins.** D'accord. **Alors, il y a l'ACR chez l'adulte, l'ACR chez l'enfant, l'accouchement inopiné, un AVP avec plusieurs victimes (par exemple plus que d'équipiers) ou la prise en charge de plusieurs victimes avec un risque NRBC.** Alors le plus stressant pour moi ça serait le NRBC, après je mettrai l'AVP avec plusieurs victimes, après je mettrais l'ACR chez l'enfant, après l'accouchement et en dernier je mettrais l'ACR chez l'adulte.

- **Et pourquoi ce classement ?** Parce que NRBC c'est quelque chose qui est.. pareil c'est une spécialité qui est durement maitrisable, donc c'est quelque chose qu'on.. dès qu'on voit du radiologique on est jamais tranquille quoi, malgré qu'il y ait les tenues on est jamais à l'aise, l'AVP plusieurs victimes c'est qu'il y a beaucoup de choses à gérer en même temps avec peu de moyens au début, après ici ça va y'a du monde qui arrive vite, mais j'ai été dans des coins où les renforts sont moins donc quand on attend 20 minutes on se sent seul au monde quoi. Après l'ACR chez l'enfant parce que j'en ai déjà fait malheureusement plusieurs et euh ça reste un enfant et qu'il y a les parents à gérer quoi, l'accouchement parce que j'en ai déjà fait quelques uns, j'ai jamais été vraiment confronté au problème du vraiment du siège du cordon autour du cou, moi ça s'est toujours bien passé, donc pour le moment je suis pas particulièrement stressé, mais c'est vrai que le jour où je serais confronté à une situation et que malheureusement ça se finit mal je pense que je le verrai pas pareil mais pour l'instant c'est pas quelque chose qui m'inquiètes plus que ça. Et l'ACR chez l'adulte ben malheureusement on en fait très souvent…

- **Quand vous emmenez une patiente aux urgences obstétricales, comment êtes-vous accueillis ? Comment cela se passe-t-il ?** En général bien, parce que quand on arrive en maternité c'est souvent les sages-femmes qui arrivent et qui nous accueillent. Donc euh.. Le petit bémol moi c'est que j'ai l'impression qu'on leur donne tout ce qu'on prend ben les durées des contractions des pertes des eaux et ainsi de suite, où on essaie nous de faire un bilan assez carré ben du fait que ça doit être assez précis et rapide pour la prise en charge, et des fois j'ai l'impression que quand on arrive là haut on est pas spécialement à l'écoute de notre bilan, en disant ouais ouais c'est bien vous l'avez ramenée maintenant on va lui reposer toutes les questions.. Voilà c'est un peu le sentiment où on s'obstine à récupérer le carnet de maternité, où on les emmène au plus dans le lieu où elles sont suivies pour que ça se fasse la haut, on fait vraiment l'effort de tout caler, ouais c'est un des seuls motifs où vraiment j'aime bien que tout soit parfaitement calé, je fais mon truc tout propre, rapidement pour qu'on puisse aller vite, et arrivés aux urg « ouais ouais bah c'est bien on prend la dame ok d'accord je prends le carnet de santé au revoir », ah bon d'accord.. Souvent ça s'arrête là, c'est un peu frustrant.

- **Et pensez-vous que l'on pourrait améliorer la qualité de ces relations afin de faciliter les transmissions d'information entre les urgences et vous ?** Ouais ouais, je pense qu'il y a un travail faire inter service la dessus, pour euh.. au moins.. Alors je sais pas si ça serait faisable mais avoir des dossiers préparés en fonction de ce qu'ont besoin les urg, en infos, quelque chose qu'on pourrait déjà remplir, et puis que eux ils aient un visuel plus rapide en disant bah tiens, tel signe tel signe, peut être le Malinas décliné, enfin le score de Malinas qu'on a nous, je pense qu'il y.. ouais un axe d'amélioration on va dire !

- **Avez-vous eu des interventions marquantes à propos de la femme enceinte ?** J'ai eu le déni, j'ai eu le cas où on était vraiment bah en rase campagne à 5h du matin où c'était tout gelé et que arrivé euh.. on s'est rendu compte que c'était très proche donc demander un SMUR on savait que c'était 45 minutes de route le délai avec le verglas et tout, donc là on s'est vraiment retrouvé dans le VSAB, ben c'est là où j'avais les gants quand ils sont arrivés, ils ont ouvert la porte j'ai fait « aaaaaaah yes !! », ben le médecin

il a pas fait yes hein, parce qu'elle a accouché pendant le transport, pendant qu'on roulait vers l'hôpital elle a accouché dedans, donc la quand on arrive et qu'on voit le gamin au pied du camion euh… Mais non sinon les autres se sont bien passés.

- **Est-ce que vous vous êtes déjà senti en difficulté sur ces situations ?** Ben oui, ben oui !! Enfin, c'est pas en difficulté, c'est qu'en fait on sait qu'en gros ça se fait naturellement, on sait que c'est naturel un accouchement, donc quand on sait qu'il n'y a pas de problème euh de grossesse, on sait que ça va se faire tout seul qu'on a juste à accompagner en fait, mais quand même, on sait qu'il y a la vie de deux personnes et c'est, c'est.. un métier à part quoi, c'est sage-femme, pompier on est pas, on est pas assez formé quoi !
- **Pour vous quels sont les facteurs qui vous mettent en difficulté ?** Ben les risques, les risques pour la maman et le petit bonhomme, le fait d'avoir deux vies à gérer.
- **La dernière partie est sur l'après intervention, que faites vous en général après une intervention difficile ?** Quand on rentre d'intervention difficile, systématiquement on se retrouve avec le personnel pour en parler, et voir notamment les jeunes pour voir si y'a besoin d'en parler, discuter entre nous, voir si ça a posé des soucis à quelqu'un. Alors moi j'essaye de le faire à chaud/ à froid, c'est à dire faire tout de suite en rentrant, et 2-3 jours après de recontacter les gens qui étaient avec moi pour savoir si ça a un peu travaillé, si ça a un peu…
- **Et vous personnellement ?** Ben j'en discute avec eux donc c'est le principal de discuter, et parfois j'en discute avec des proches à moi, quand je sens qu'il y a un besoin, que ça a un peu appuyé dessus, bon bah je sais que la seule solution c'est d'en parler, donc voilà je fais ça ouais.
- **Connaissez-vous la fiche de liaison à caractère psychologique ?** Non pas du tout..
- **Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer votre ressenti sur ces urgences ?** Je pense que le seul moyen est peut-être d'augmenter la formation la dessus, alors peut-être qu'effectivement maintenant peut être que le fait de voir un accouchement pour voir le déroulé complet pour quelqu'un qui arrive qui en a jamais fait, ça pourrait euh.. Ouais voir comment ça se déroule, et puis de voir que oui effectivement ça se fait tout seul et que c'est que de l'accompagnement en fait, donc peut être que ça pourrait euh.. aider. Alors je pense que ça peut être dur pour la femme parce que je pense que la femme qui accouche elle a peut être pas envie de voir tout ce monde.
- **Une formation plus pratique ?** Oui, une formation plus pratique et peut être plus de notions sur sur euh.. les risques potentiels.. Par exemple moi le coup, c'était un infirmier qui m'avait dit ça en formation, que si vraiment vous voyez le cordon qui est pris, tendu sur la tête de dire c'est le seul cas ou il faut pas que ça sorte parce que ça va arracher hémorragie et ainsi de suite, euh.. mais après effectivement quand un gamin il arrive par le siège et qu'on est confrontés à ça on voit une jambe qui sort ben moi

personnellement je sais que ça se fera tout seul et que je dois que guider, mais est-ce que c'est vraiment ce que je dois faire je ne sais pas ? Ouais, sur les situations particulières. Oui connaitre les risques.

- **Des vidéos courtes régulièrement ?** Je suis pas persuadé, parce que voir euh.. voir à la télé on va voir mais je pense pas que ça soit le même impact de voir d'entendre d'être présent que de voir à la télé, parce qu'à la télé on voit du sang on voit de tout.. Mais je suis pas persuadé que ça soit le même impact que de ressentir les choses quand on y est.

- **Pensez-vous qu'un sage-femme pourrait apporter quelque chose ?** Carrément, c'est les plus à même de nous former, parce que mêmes les médecins le disent hein ils sont pas à l'aise, les seuls qui sont à l'aise avec les accouchements c'est les sages-femmes hein c'est leur métier.

- **Et quelle question poseriez vous à une sage-femme ?** Je pense que je resterais sur les risques. Qu'est ce qui vraiment dans quel cas je vais être embêté ? Dans quel cas faut-il vraiment empêcher l'accouchement, parce qu'on dit toujours faut que ça sorte donc faut le laisser sortir, mais dans quel cas faut pas le faire, dans quel cas y'a risque pour la mère que ça se passe mal quoi..

- **Avez-vous des remarques à ajouter ?** Non, je trouve que c'et un beau sujet, c'est la vie quoi c'est la naissance..! Mais oui un complément de formation ça serait pas mal…!

Glossaire

ACR : arrêt cardio-respiratoire

AVP : accident sur voie publique

CAMP : centre d'aide médico-psychologique

CIS : centre d'incendie et de secours

CODIS : centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

CNGOF : collège national des gynécologues-obstétriciens français

CPIA : centre de première intervention et d'appui

CPP : centre périnatal de proximité

CTA : centre de traitement de l'alerte

CRRA : centre de réception et de régulation des appels

DGSCC : direction générale de direction civile et de la gestion des crises

FCS : fausse couche spontanée

GEU : grossesse extra-utérine

GHEF : grand hôpital de l'Est francilien

HRP : hématome rétro-placentaire

OMS : organisation mondiale de la santé

NRBC : nucléaire, radiologique, biologique, chimique

PES 1 : premiers secours en équipe niveau 1

PES 2 : premiers secours en équipe niveau 2

RSPDE : rupture spontanée de la poche des eaux

SA : semaine d'aménorrhée

SAP : secours à personne

SAMU : service d'aide médicale urgente

SDACR : schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : service départemental d'incendie

SF : sage-femme

SIS : service d'incendie et de secours

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SP : sapeur-pompier

SPP : sapeur-pompier professionnel

SPV : sapeur-pompier volontaire

SROS : schéma régional d'organisation de la santé

SSSM : service de santé et de secours médical

VLSM : véhicule léger de soutien médical

VSAV : véhicule d'assistance de secours aux victimes

Lexique

Chef d'agrès : commande un véhicule d'intervention comprenant un équipage et un équipement matériel de secours dans le cadre des opérations de lutte contre les incendies, de secours à des personnes, de protection des biens et de l'environnement.

Métrorragies : saignement provenant de l'utérus en dehors des règles.

Ressenti : éprouver une sensation, un état physique, à l'égard de quelque chose, de quelqu'un, d'une situation ; en être affecté de façon agréable ou pénible.

Stress : agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel, entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation.

Résumé et Abstract

Résumé

Les sapeurs-pompiers sont les premiers acteurs du secours aux victimes. Ils sont confrontés à la prise en charge des femmes enceintes. L'objectif principal de cette étude était d'étudier le ressenti et les outils qu'a le sapeur-pompier à disposition pour aborder ces interventions. Une étude qualitative par entretien a été réalisée dans 3 centres d'intervention et de secours seine-et-marnais. 12 sapeurs-pompiers ont été interrogés.

Le stress était un sentiment évoqué par les sapeurs-pompiers, à cause du peu d'expérience et de formation avec ce type de patients. Ils étaient demandeurs de l'intervention des sages-femmes pour améliorer ce ressenti, lors de la formation, de stages et de retours d'expériences.

Abstract

Firefighters are the first actors in the rescue of victims. They are confronted with the care of pregnant women. The main objective of this study was to study the experience and tools available by firefighters to address these interventions. A qualitative interview study was carried out in 3 emergency and intervention centers in Seine-et-Marne.

Stress and apprehension were feeling evoked by firefighters because of the lack of experience and training with this type of patient. They requested the intervention of midwives to improve this feeling during training, interships and feedback.

Mots-clés :

- Sapeurs-pompiers
- Urgences obstétricales
- Accouchement inopiné
- Ressenti.

Nombre de pages : 58

Nombre d'annexes : 6

Nombre de références bibliographiques : 43.