

Faculté de Médecine

École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-Femme

2019-2020

Connaissances obstétricales et néonatales des Sapeurs-Pompiers du département de la Haute-Vienne

Par ROTHERA Blandine

Expert scientifique :

COMBAL Thierry

Expert méthodologique :

BARAILLE Agnès

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette étude et à l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude.

Et plus particulièrement, merci à :

- COMBAL Thierry, Infirmier-Chef au SDIS 87 et expert scientifique de ce mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement et son investissement.
- BARAILLE Agnès, sage-femme enseignante et expert méthodologique de ce mémoire, pour ses conseils, son encadrement et toutes ses relectures et corrections.
- A tous les chefs de centre et les Sapeurs-Pompiers pour leur implication et surtout à PELLEGRIN Nicolas Lieutenant et Adjoint au Chef du groupement formation et KNAPP Pierre, Infirmier sous-Lieutenant, pour leurs informations et leurs conseils.
- Aurore pour son amitié et son soutien durant ces années d'études.
- Damien pour son amour et sa confiance.
- Mes parents, mes frères pour leur amour et leur soutien.

DROITS D'AUTEURS

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
DROITS D'AUTEURS	3
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES ABREVIATIONS (dans l'ordre du texte)	6
INTRODUCTION	7
1. Contexte d'un Accouchement Inopiné Extra-Hospitalier (AIEH).....	7
2. Régulation des secours	7
3. Formation des SP	8
4. Répartition sur le territoire.....	8
MATERIEL ET METHODE	10
1. Type d'étude	10
2. Population et échantillon	10
3. Collecte des données.....	10
4. Informations recueillies	11
5. Analyse statistique.....	11
5.1. Critères d'évaluation.....	11
5.2. Méthodes d'analyse des données	12
RESULTATS.....	13
1. Description de la population	13
1.1. Sexe	13
1.2. Age	13
1.3. Niveau d'études	14
2. Au sein du corps des SP	14
2.1. Chef d'agrès SUAP.....	14
2.2. Interventions, accouchement et nouveau-né	14
3. Formation	15
3.1. PSE2.....	15

3.2. Recyclage.....	15
3.3. Date de la dernière formation	16
4. Evaluation des connaissances.....	16
ANALYSE ET DISCUSSION.....	19
1. Forces et faiblesses de l'étude :.....	19
1.1. Forces de l'études :.....	19
1.2. Limites et biais :	19
2. Analyse des résultats	19
2.1. Caractéristiques de la population	19
2.2. Expérience des SP	20
2.3. Prise en charge du couple mère-enfant	21
3. Proposition d'action	22
CONCLUSION	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25
ANNEXES.....	26
Annexe I.....	26
Annexe II	31
Annexe III.....	31
Annexe IV.....	32
Annexe V.....	38

LISTE DES ABREVIATIONS

AIEH : Accouchement Inopiné Extra-Hospitalier

AP : Ambulance Privée

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CS : Centre de Secours

CTA : Centre de Traitement des Alertes

HME : Hôpital Mère-Enfant

JSP : Jeunes Sapeurs-Pompiers

QCM : Question à Choix Multiples

QRM : Question à Réponses Multiples

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SP : Sapeur-Pompier

SPP : Sapeur-Pompier Professionnel

SPV : Sapeur-Pompier Volontaire

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

INTRODUCTION

Un accouchement se déroule dans la majorité des cas au sein d'un hôpital ou d'une clinique. Il peut être par la voie basse ou par césarienne. Un autre scénario possible est l'accouchement à domicile ou extra-hospitalier. Accoucher à domicile peut être un choix de la parturiente [1] ou survenir lorsque la dilatation est rapide ou l'hôpital trop éloigné du domicile. En effet, en France, on estime que 0,5% des accouchements ont lieu en dehors d'une structure hospitalière [2]. Dans cette situation, l'accouchement peut être pris en charge par les Sapeurs-Pompiers (SP).

1. Contexte d'un Accouchement Inopiné Extra-Hospitalier (AIEH)

Aujourd'hui, de plus en plus de maternités de proximité ferment ou sont menacées de fermeture car le nombre de naissances diminue [3]. Les structures médicales peuvent alors être très éloignées du domicile des futures mères. Ces situations suscitent un sentiment d'angoisse et d'inquiétude des patientes ainsi que des équipes d'intervention qui sont amenées à transporter ou à gérer un accouchement imminent [4].

Ainsi, deux catégories de SP peuvent intervenir sur un accouchement inopiné : les Sapeurs-Pompiers Professionnels (SPP) et les Sapeurs-Pompiers Volontaires (SPV). Parmi eux, certains peuvent faire partie du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) et ont donc des compétences médicales applicables sur le terrain [5].

2. Régulation des secours

Tout appel concernant un secours à personne et plus particulièrement une femme enceinte ou une menace d'accouchement inopiné, arrive au Centre de Traitement des Alertes (CTA) qui dépend du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS). L'opérateur téléphonique du CTA va transférer l'appel à la structure la plus compétente, qu'elle soit le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ou les SP [6]. Néanmoins l'appel pour un secours à personne passera forcément par le médecin régulateur du SAMU qui prendra la décision du type de transport : Ambulance Privée (AP), Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV), hélicoptère... De plus, plusieurs équipes d'intervention peuvent être envoyées en même temps. En effet, en fonction de la localisation géographique, les SP peuvent être les premiers arrivés sur le terrain pour sécuriser et commencer la prise en

charge, tout en étant en lien avec le médecin du SAMU. Dans un deuxième temps, ils seront rejoints par l'équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), qui se situe principalement au niveau des Centres Hospitaliers (CH) du département, et qui peuvent être plus éloignés du lieu d'intervention que les SP [5]. En effet, en Haute-Vienne, le SMUR est basé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges tandis que les équipes de SP sont réparties en 30 Centres de Secours (CS) dont 3 sont basés à Limoges et comptent 214 SPP et de 907 SPV.

3. Formation des SP

Tout SP, qu'il soit professionnel ou volontaire, a suivi une formation théorique et pratique concernant la prise en charge de l'accouchement inopiné et du nouveau-né à la naissance [7]. Elle suit les recommandations nationales (Annexe I). Néanmoins, certains formateurs peuvent avoir une certaine expérience de l'accouchement, qu'elle soit professionnelle ou personnelle, ou n'en avoir aucune et dans ce cas suivre les recommandations théoriques. Par conséquent, la formation des SP est assez variable et sera différente en fonction des formateurs tant au niveau apport théorique supplémentaire que pratique.

4. Répartition sur le territoire

Le département de la Haute-Vienne compte 3 maternités dont deux à Limoges : L'Hôpital Mère Enfant (HME), la Clinique des Emailleurs et la maternité de l'Hopital de Saint-Junien. Elles sont donc concentrées dans une zone du département. Certaines communes comme par exemple Châteauponsac se situe à 45 minutes tant de l'HME de Limoges que du CH de Guéret, de même qu'Eymoutiers qui est à environ 1 heure de route de Limoges, Brive, Tulle ou d'Ussel (Annexe II). Or le temps est un facteur primordial qui peut transformer une menace d'accouchement inopiné en un réel AIEH [8]. Les équipes d'intervention des SP assurent alors la prise en charge du couple mère-enfant à partir du lieu de l'accouchement jusqu'à la maternité la plus adaptée et la plus proche en fonction de la situation clinique.

Bien que rares, ces situations existent. Il peut alors être difficile de mobiliser des connaissances peu ou jamais acquises en pratique d'autant plus que le lieu d'intervention peut être éloigné de la maternité. Tous ces constats, nous ont amenés à nous interroger sur les

connaissances obstétricales et néonatales des SP du département de la Haute-Vienne concernant la conduite à tenir et la prise en charge à assurer face à un AIEH.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances obstétricales et néonatales des SP haut-viennois à ce sujet.

L'objectif secondaire était de mettre en évidence les connaissances obstétricales et néonatales des SP à améliorer pour une prise en charge optimale d'une parturiente et/ou de son nouveau-né et ainsi évaluer l'intérêt d'une formation complémentaire et régulière.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude d'observation transversale multicentrique descriptive sur une période s'étendant de début Mars jusqu'à mi-Juin 2019, dans 10 CS de la Haute-Vienne.

2. Population et échantillon

Parmi les 30 CS que compte la Haute-Vienne, nous en avons sélectionné 10 répartis de manière homogène géographiquement sur l'ensemble du département et en fonction du temps de trajet qui les séparent d'un centre hospitalier (Annexe III) : Ambazac (42 SP), Bessines sur Gartempe (31 SP), Eymoutiers (20 SP), Limoges-Martial Mitout (103 SP), Magnac-Laval (20 SP), Mézières sur Issoire (26 SP), Nantiat (25 SP), Pierre Buffière (24 SP), Saint Laurent sur Gorre (30 SP), Saint Yrieix la Perche (36 SP).

Ainsi, 345 SP ont été inclus dans l'échantillon. Seuls les SPP et SPV opérationnels ont été inclus.

Les critères d'exclusion relatifs à la population étaient :

- Les Jeunes Sapeurs-Pompiers (JSP). Ce sont des jeunes âgés de 13 à 18 ans, initiés par les SP de certaines casernes aux techniques de lutte contre les incendies et formés aux gestes de premiers secours [7].
- Les SPV et SPP non actifs (retraités, suspendus, en arrêt maladie)
- Les SP refusant de remplir le questionnaire totalement ou partiellement.

3. Collecte des données

Après avoir eu l'autorisation du directeur du SDIS 87 et du médecin-chef pour réaliser cette étude et interroger les SP, nous avons contacté les différents Chefs de Centre et convenu d'une date de rencontre pour présenter l'étude et distribuer les questionnaires en fonction de l'effectif des SP. Un questionnaire (Annexe V) respectant l'anonymat a été imprimé et remis au Chef de Centre des 10 CS sélectionnés (Annexe IV). En amont, la réalisation d'un pré-test a été effectuée sur le questionnaire auprès d'un effectif de 7 SPV lors d'une garde dans le CS

d'Auterive en Haute-Garonne. Il a permis d'estimer le temps nécessaire de remplissage, ainsi que la reformulation de certaines questions qui n'ont pas été comprises par les SPV.

Une fois les questionnaires remplis, le Chef de Centre les a renvoyés au SDIS, dans un délai de 4 semaines après la distribution, grâce à une enveloppe prévue à cet effet. Une relance par mail a été envoyée aux 2 CS n'ayant pas retourné les questionnaires après ce délai. La période d'inclusion s'est terminée 2 semaines après la relance.

4. Informations recueillies

Les questions posées étaient sous forme de Question à Choix Multiples (QCM), de Question à Réponses Multiples (QRM) ainsi que de questions où les réponses étaient à numéroter dans l'ordre. Elles portaient sur des généralités et la formation professionnelle pour décrire la population étudiée, les prises en charge des couples mère-enfant déjà réalisées et enfin sur les connaissances obstétricales et néonatales.

5. Analyse statistique

5.1. Critères d'évaluation

Dans cette étude, le critère d'évaluation principal était la moyenne des notes obtenues sur les connaissances :

- Une moyenne inférieure à 10/20 était considérée comme « connaissances insuffisantes » ($< 10/20$).
- Une moyenne comprise entre 10/20 et 12/20 était considérée comme « connaissances à améliorer » ($[10/20 ; 12/20[$).
- Une moyenne comprise entre 12/20 et 14/20 était considérée comme « connaissances satisfaisantes » ($[12/20 ; 14/20[$).
- Une moyenne supérieure à 14/20 était considérée comme « connaissances très satisfaisantes » ($\geq 14/20$).

A partir des réponses données par les SP, nous avons pu mettre en évidence les connaissances à améliorer pour une prise en charge optimale de l'AIEH et ainsi identifier le besoin de formation supplémentaire au niveau de l'accouchement et/ou de la prise en charge d'un nouveau-né.

5.2. Méthodes d'analyse des données

Les données ont été analysées sur Statview® et EXCEL® :

- Les variables qualitatives ont été décrites par effectif et en pourcentage pour les différentes modalités
- Les variables quantitatives ont été décrites par moyenne et médiane

Les données ont été comparées avec les tests ANOVA et Fisher. Un seuil de significativité (p) de 0,05 a été retenu pour l'étude en supposant la normalité de la distribution.

RESULTATS

1. Description de la population

Sur 345 questionnaires distribués dans les 10 CS de la Haute-Vienne, nous en avons collecté 185, soit un taux de participation de 53,6%. La partie évaluation des connaissances n'était pas complétée pour 2 questionnaires. Ils ont donc été exclus de l'étude. Au total, 183 questionnaires ont été analysés, soit 53,04% des questionnaires distribués.

1.1. Sexe

Parmi les SP ayant participé, 83% sont des hommes et 17% sont des femmes.

1.2. Age

La moyenne d'âge des SP était de 34,43 ans. Les âges s'étendaient de 18 à 63 ans. L'âge médian était de 33 ans.

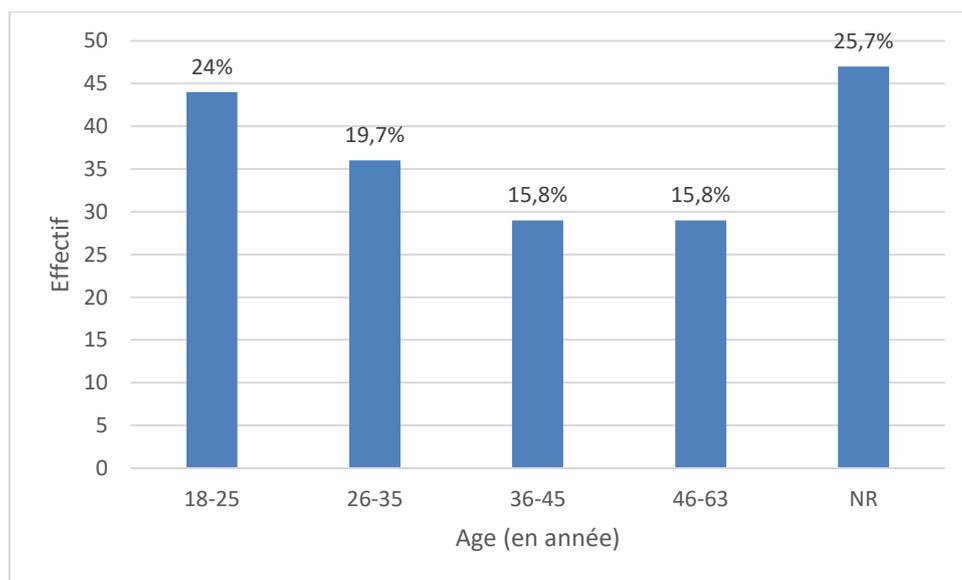


Figure 1 : Répartition des SP en fonction de leur âge (N = 138)

Parmi les 183 SP qui avaient répondu, 24% avaient un âge compris entre 18 et 25 ans ; 19,7% entre 26 et 35 ans ; 15,8% entre 36 et 45 ans et 46 et 63 ans. Au total, 25,7% des SP n'avaient pas renseigné leur âge.

1.3. Niveau d'études

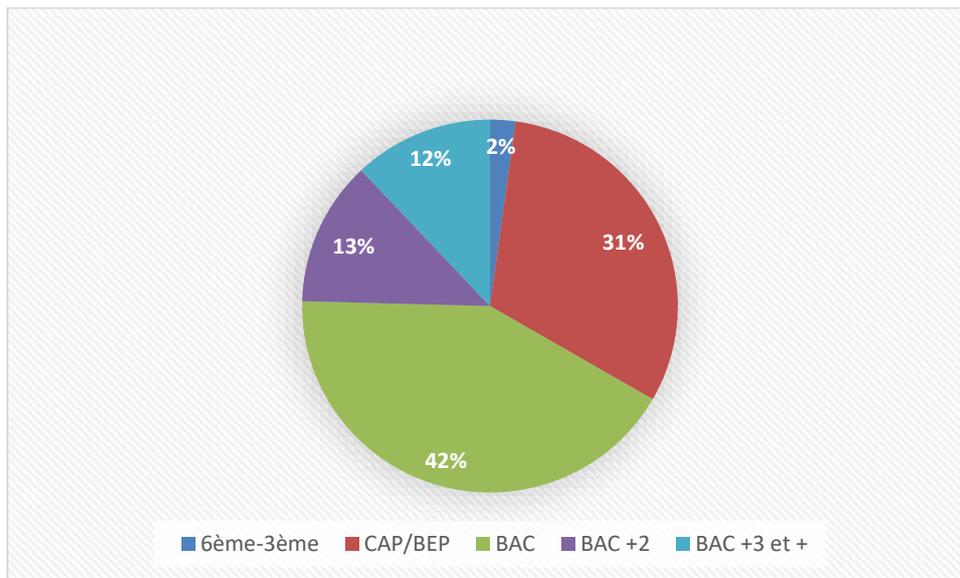


Figure 2 : Répartition des SP en fonction de leur niveau d'études

Majoritairement les SP avaient un niveau d'études CAP/BEP ou BAC.

2. Au sein du corps des SP

2.1. Chef d'agrès SUAP

Lors d'un appel pour un accouchement inopiné, les SP partent en VSAV avec un effectif de 4 SP à bord. Parmi eux, le chef d'agrès, qui est généralement Sergent ou Adjudant, est responsable de la gestion de l'intervention. Il doit avoir plus de connaissances et d'expériences de terrain que les autres SP présents sur les lieux.

Ici, 41% des SP ayant répondu au questionnaire sont chefs d'agrès SUAP.

2.2. Interventions, accouchement et nouveau-né

Lors de leurs interventions, 38% des SP avaient déjà pris en charge un accouchement et 34% un nouveau-né.

3. Formation

3.1. PSE2

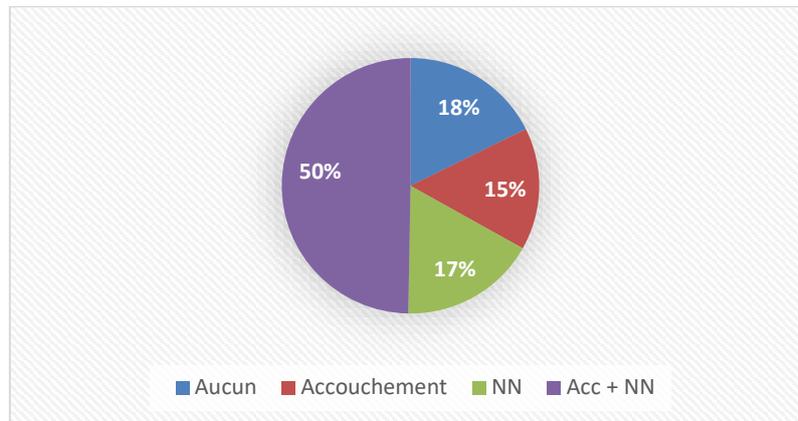


Figure 3 : Quels sujets les SP ont-ils abordés lors du PSE2 ? (en %)

Chaque SP dans sa formation initiale PSE2 [7] est censé recevoir des connaissances théoriques et pratiques sur l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né. Or, 50% avaient reçu la formation sur l'accouchement et le nouveau-né ; 15% seulement sur l'accouchement ; 17% seulement concernant le nouveau-né ; 18% n'avait pas reçu de formation sur aucun des 2 sujets.

3.2. Recyclage

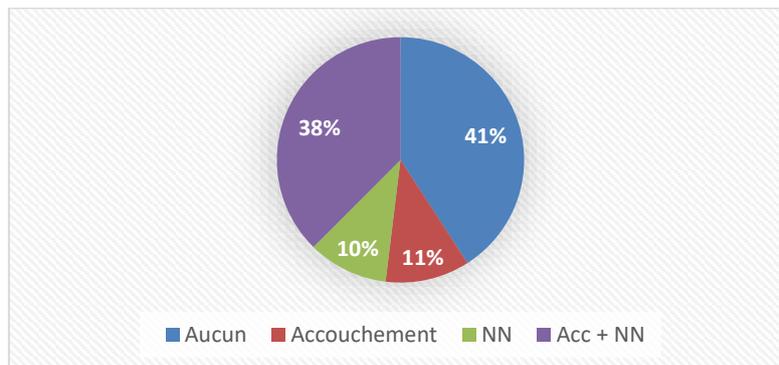


Figure 4 : Quels sujets les SP ont-ils abordés lors de recyclage ? (en %)

Durant leur exercice professionnel, les SP ont régulièrement des recyclages (remises à niveau des connaissances théoriques et des ateliers pratiques). Ici, 38% avaient reçu la formation sur l'accouchement et le nouveau-né et 41% n'avait reçu aucune formation sur les 2 sujets.

3.3. Date de la dernière formation

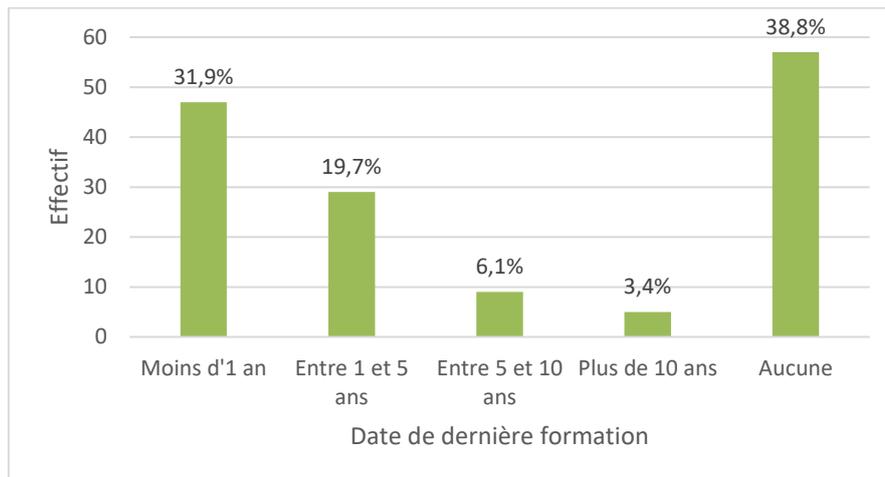


Figure 5 : Répartition des SP en fonction de la date de leur dernière formation sur l'accouchement et le nouveau-né (N = 147)

Majoritairement, les SP avaient eu une formation dans l'année qui venait de s'écouler ou bien aucune.

4. Evaluation des connaissances

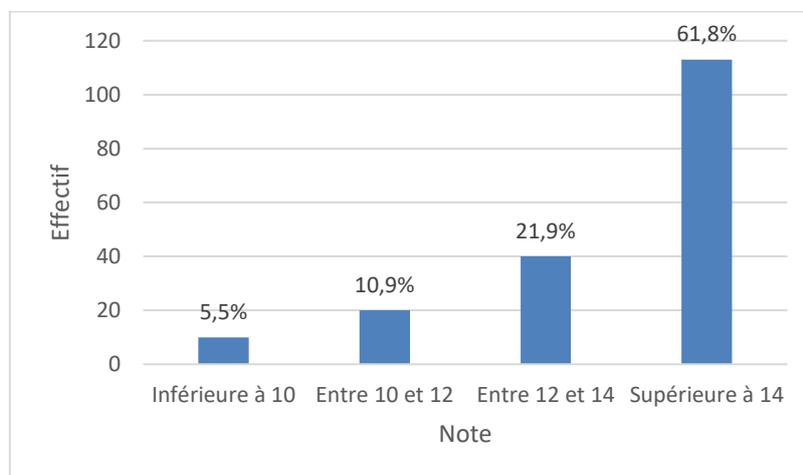


Figure 6 : Répartition des SP en fonction de leur note à la partie « évaluation des connaissances » (note sur 20)

Majoritairement, les SP avaient des connaissances très satisfaisantes. En effet, 61,8% avaient une note supérieure à 14/20.

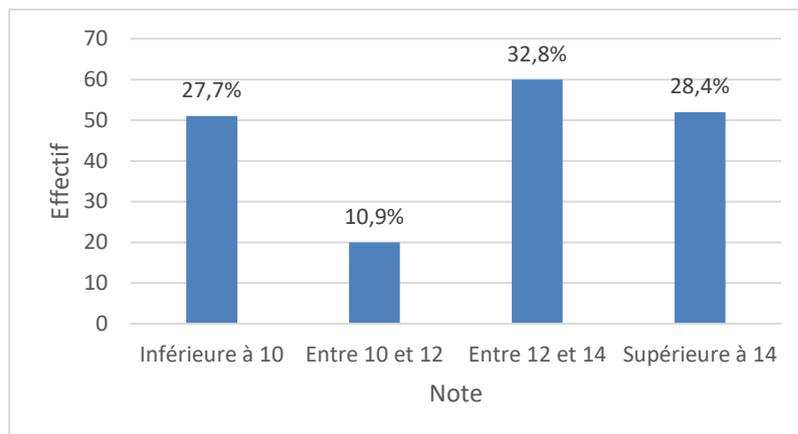


Figure 7 : Répartition des SP en fonction de leur note sur la prise en charge maternelle (note sur 20)

Dans le questionnaire, 4 questions (n°5, 8, 10 et 13 de l'Annexe IV) relatives à la prise en charge de la patiente et du nouveau-né étaient jugées primordiales.

- Concernant la prise en charge maternelle, 32,8% des SP ont obtenu une note satisfaisante, 28,4% ont obtenu des notes très satisfaisantes et 27,7% des notes insuffisantes.

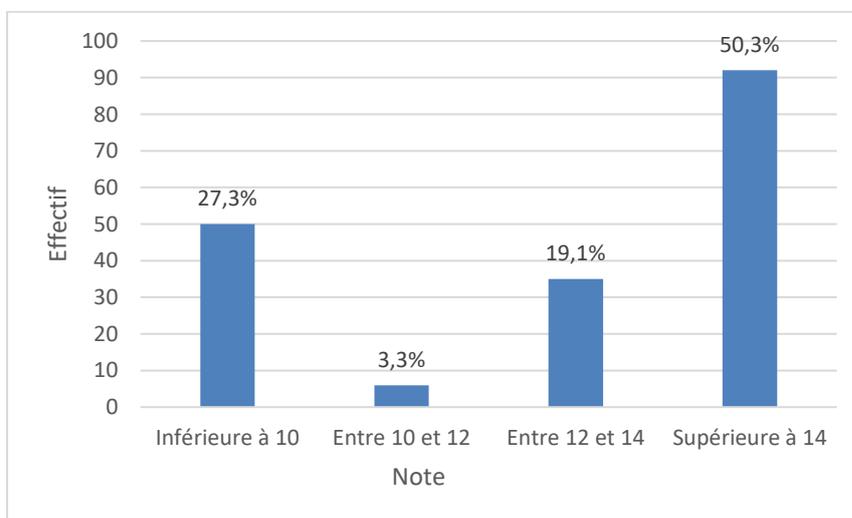


Figure 8 : Répartition des SP en fonction de leur note sur la prise en charge néonatale (note sur 20)

- Concernant la prise en charge du nouveau-né, les SP ont obtenu dans 50,3% des notes très satisfaisantes. Les notes insuffisantes concernent 27,3% des SP.

Les différentes catégories de notes obtenues par les SP ont été comparées à différents critères. L'ancienneté et l'âge des SP n'influaient pas de manière significative sur leur niveau de connaissances, réciproquement $p = 0,37$ et $0,2$. En revanche, les SP ayant reçu une formation récente sur l'accouchement inopiné avaient des connaissances significativement meilleures, $p = 0,01$.

Concernant l'expérience des SP sur la prise en charge de l'accouchement inopiné, les femmes avaient significativement de meilleures connaissances que les hommes, $p = 0,0078$. Les SP ayant déjà assisté à un accouchement avaient des connaissances significativement meilleures que ceux qui n'en avaient jamais vu, $p = 0,04$.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude :

1.1. Forces de l'études :

Le taux de participation de 53,6% était relativement satisfaisant et peut être expliqué par le fait que nous nous étions déplacés pour rencontrer les chefs de centre lors de la distribution des questionnaires.

De plus, les questions avaient été rédigées sans termes médicaux et construites pour être adaptées à la population de l'échantillon.

1.2. Limites et biais :

Le questionnaire avait été distribué aux différents chefs de centre des CS puis diffusés aux SP. Ils avaient été remplis sur la base du volontariat. Les connaissances très satisfaisantes peuvent être expliquées par le fait que les SP ayant répondu aux questionnaires étaient intéressés par le sujet. Cependant, le temps normalement nécessaire au remplissage du questionnaire avait pu être dépassé et les SP avaient pu rechercher les réponses sans respecter les consignes préalables. En effet, nous pouvons supposer que les SP auraient pu « tricher » dans le but d'obtenir de bons résultats pour ne pas être jugés. Ainsi, le niveau de connaissances a peut-être été surévalué car il était très satisfaisant alors qu'il n'y avait presque pas eu de formation complémentaire ainsi que d'accouchement réalisé en intervention par les SP depuis 5 ans. Il aurait été préférable de réaliser la distribution et le remplissage des questionnaires un jour précis avec l'effectif total du CS. Il y aurait probablement eu un meilleur taux de participation et des résultats plus représentatifs et fiables.

De même, certaines données comme l'âge ou le grade n'avaient pas été toujours renseignées, peut-être par la crainte d'être reconnus.

2. Analyse des résultats

2.1. Caractéristiques de la population

Le taux de participation du CS de Limoges Martial Mitout était de 30%. Comparé aux autres CS dont la participation s'étendait de 50 à 85%, ce taux est faible et peut être expliqué par le fait que l'HME se situe à 5-10 minutes du secteur couvert par le CS. Les SP de Limoges

Martial Mitout se sentent peut-être moins concernés que dans les autres CS du fait de la proximité et donc de la rapidité de la prise en charge du couple mère-enfant par une équipe médicale.

Les femmes avaient significativement de meilleures connaissances que les hommes, $p = 0,0078$. Nous pouvons l'expliquer par le fait que la moyenne d'âge des femmes ayant participé à l'étude était de 34 ans. Celle-ci était proche de l'âge moyen du premier enfant en France en 2019 qui était de 30,7 ans [9]. Il est possible que les femmes qui avaient répondu au questionnaire avaient vécu l'accouchement, maîtrisaient plus le sujet que les hommes et se sentaient peut-être plus concernées.

2.2. Expérience des SP

2.2.1 Formation

Parmi les SP, certains avaient été récemment formés sur l'accouchement inopiné. Ainsi, nous avons constaté que ces SP avaient de meilleures connaissances que les autres, $p = 0,01$. Par conséquent, pour que les SP possèdent tous des connaissances satisfaisantes voire très satisfaisantes, il faudrait qu'il y ait régulièrement des formations ou des réactualisations sur la prise en charge d'un accouchement inopiné. Ceci permettrait de maintenir un niveau de connaissances suffisant d'autant plus que ces situations sont rares et donc peu rencontrées sur le terrain. De plus, tout au long de leur carrière, seulement 48,65% des SP avaient reçu une formation sur l'accouchement en plus du PSE2, et pour 19,45% d'entre eux le sujet n'avait même pas été abordé à cette occasion. Pourtant, si nous comparons ce résultat avec l'étude menée sur les SPV d'Ardèche sur l'accouchement inopiné [3], nous avons remarqué que les SP de la Haute-Vienne étaient plus formés. En effet, 51,35% des SP de notre étude avaient reçu une formation complémentaire contre 16,67% des SP ardéchois.

Lors d'une intervention, le chef d'agrès, SP plus gradé que les autres, a pour rôle de superviser son équipe et rectifier certaines prises en charge pour qu'elles soient optimales. Il a également reçu des formations complémentaires et est censé avoir de meilleures connaissances. Néanmoins, la taille de notre étude, n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative de connaissances entre un chef d'agrès et un équipier, $p = 0,46$.

2.2.2 Expérience professionnelle et personnelle

Lorsqu'un SP avait pu assister à un accouchement, il avait significativement de meilleures connaissances, $p = 0,04$. Ce résultat peut être en rapport avec la formation des SP. En effet, elle repose en général sur 20% d'apport théorique et 80% de pratique lors de séances de simulations et lors des interventions. Le SP est alors formé à avoir une mémoire kinesthésique. Nous pouvons donc penser que ces accouchements avaient été vus soit lors d'une intervention, soit dans leur sphère privée, comme la naissance de leur enfant par exemple. Nous aurions pu demander aux SP s'ils avaient des enfants et comparer ces résultats à leur niveau de connaissances.

2.3. Prise en charge du couple mère-enfant

Parmi toutes les questions posées aux SP, 4 d'entre-elles ont été jugées primordiales pour la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né à la naissance.

- Les questions concernant la patiente portaient sur l'accouchement imminent et l'hémorragie de la délivrance. Les SP avaient obtenu en moyenne 11,63/20. Ils avaient en général des connaissances à améliorer sur ce sujet. En effet, 38,6% avaient des connaissances allant « d'insuffisantes » à « à améliorer ». Ceci pourrait entraver le pronostic maternel si une de ses complications se présentait lors d'une intervention. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude menée sur les SPV d'Ardèche sur l'accouchement inopiné [3] : les connaissances portant sur le déroulement de l'accouchement ainsi que sur l'hémorragie de la délivrance étaient à approfondir également car elles étaient jugées insuffisantes.
- Concernant la prise en charge du nouveau-né, les questions portaient sur la conduite à tenir face à un circulaire serré ainsi que sur l'adaptation à la vie extra-utérine. Les SP avaient une moyenne de 13,61/20, ils possédaient donc des connaissances jugées satisfaisantes. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de l'étude menée auprès des SPV d'Ardèche [3] : concernant la présence d'un circulaire 72,92% des SPV auraient essayé de le réduire et 39,58% l'auraient clampé et sectionné. De plus, concernant la notion d'adaptation à la vie extra-utérine, plus de 75% des SPV ardéchois connaissaient et maîtrisaient la cotation du score

d'Apgar ainsi que la prévention de l'hypothermie chez le nouveau-né (le sécher, lui mettre le bonnet et le laisser au chaud contre sa mère en peau à peau en attendant le transport).

Néanmoins, dans notre étude, 30,6% des SP haut-viennois avaient des connaissances allant « d'insuffisantes » à « à améliorer », ce qui pourrait engendrer un défaut dans la prise en charge du nouveau-né. Mais nous pouvons nuancer ce résultat. En effet, les SP sont toujours en lien avec le médecin régulateur du SAMU et le SMUR les rejoint sur le lieu de l'intervention en prenant le relais pour la prise en charge pédiatrique. Dans ce contexte, les SP se sentent peut-être moins concernés par l'intérêt de connaître cette prise en charge.

De plus, en Haute-Vienne les SP savent qu'ils ne sont pas sollicités en priorité pour une menace d'accouchement inopiné. Nous pouvons donc supposer qu'ils se sentent moins concernés, qu'ils sont moins aguerris et qu'ils ne ressentent peut-être pas la nécessité de s'améliorer puisque cette situation ne se présente que rarement. Ceci pourrait expliquer leurs bonnes connaissances globales sur le sujet mais qui sont différentes de leur niveau de compétences concernant la prise en charge du couple mère-enfant.

3. Proposition d'action

Sachant que la prise en charge d'un AIEH par les SP est rare et compte tenu des connaissances à améliorer, des formations complémentaires régulières peuvent être envisagées. En effet, elles permettraient d'augmenter le niveau de connaissances et une meilleure pratique des manœuvres grâce au bassin d'accouchement ou à travers des séances de simulation. Ainsi, les SP seraient probablement plus assurés face à cette situation.

Nous pouvons également encourager la coopération entre SDIS ou CS et sage-femme afin d'optimiser la formation des formateurs et des SP sur l'AIEH, en apportant des connaissances supplémentaires. Par exemple, une sage-femme volontaire pourrait être présente et collaborerait avec le SDIS à la formation des formateurs pour leur apporter un complément de connaissances, leur expliquer les manœuvres obstétricales, leur faire pratiquer avec des séances de simulations. Ceci leur permettrait d'avoir toutes les cartes en mains pour former les SP et répondre à leurs éventuelles questions. La sage-femme pourrait

également être présente lors des recyclages dans les CS et ferait part de son expérience en plus des connaissances apportées par le formateur.

CONCLUSION

La survenue d'un AIEH est une situation rare et imprévisible mais qui n'est pas dénuée de risques. Cette étude a permis de révéler que les SP ont en général des connaissances obstétricales et néonatales satisfaisantes. Néanmoins, elle a également mis en évidence des lacunes sur la prise en charge des complications lors de l'accouchement ou du post-partum immédiat. Il semble essentiel qu'une formation régulière soit apportée aux SP en collaboration avec une sage-femme. Le but n'est pas de faire des SP des accoucheurs mais plutôt de leur fournir toutes les connaissances et les gestes pour une prise en charge adaptée et sécurisée au couple mère-enfant.

En Haute-Vienne, à la suite d'un appel pour une menace d'accouchement inopiné, le médecin régulateur du SAMU envoie préférentiellement une ambulance privée. Les ambulanciers sont considérés mieux formés que les SP. Il serait intéressant d'évaluer les connaissances obstétricales et néonatales des ambulanciers de Haute-Vienne. Ceci permettrait de savoir quel professionnel est le plus qualifié pour prendre en charge un accouchement inopiné.

Même si cette situation est rare, il est néanmoins fondamental que les acteurs de la prise en charge soient le plus compétent possible.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Charte de l'accouchement à domicile, ANSFL
- [2] J. FAGGIANO, Accouchements inopinés extra-hospitaliers : de la pratique à l'élaboration d'un protocole de recherche. Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en médecine Diplôme d'Etat. Faculté de Médecine de Grenoble, Mai 2018.
- [3] G. HEBRARD, Connaissances obstétricales et néonatales des Sapeurs-pompiers volontaires d'Ardèche. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université Joseph Fournier, UFR de Médecine de Grenoble, 2013.
- [4] La Dépêche du Midi. Le dispositif de Sages-Femmes du SDIS performant. Lot, Bretenoux, Juin 2017.
- [5] Site Internet du SDIS 87 : <http://sdis-87.fr/portail/> Date de consultation : le 03 Mai 2018
- [6] Ministère de l'intérieur. Les référentiels de formation des sapeurs-pompiers professionnels et des sapeurs-pompiers volontaires, Formation de tronc commun. <http://www.interieur.gouv.fr/> Date de consultation : le 15 Septembre 2018.
- [7] PSE2, Antenne des Moniteurs et Instructeurs de Secourisme des Sapeurs-Pompiers de Metz.
- [8] R. ESTAVO, Les accouchements inopinés extrahospitaliers : étude rétrospective et descriptive de 57 cas effectuée au centre hospitalier universitaire de Grenoble entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2006. Université Joseph Fourier, Grenoble 1, 2008, Mémoire de Master 2, école de sages-femmes.
- [9] Site internet de l'INSEE : <http://insee.fr/fr/statistiques/2381390>

Annexe I

Recommandations Nationales sur la prise en charge de l'accouchement inopiné et du nouveau-né à la naissance par les SP.

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

Accouchement inopiné

L'accouchement n'a pas encore eu lieu

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

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

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

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

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

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

L'accouchement est déjà réalisé

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

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

La délivrance

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

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

Prise en charge du nouveau-né à la naissance

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

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

Le nouveau-né est en bonne santé

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

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

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

Le nouveau-né n'est pas en bonne santé

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

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

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

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

L'état du nouveau-né reste inchangé

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

L'état du nouveau-né s'améliore

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

En cas de doute, reprendre la réanimation cardio-pulmonaire

Conduite à tenir en fonction de la fréquence cardiaque

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

Soin au cordon ombilical

Indication

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

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

Justification

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

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

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

Matériel

La section du cordon nécessite :

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

Réalisation

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

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

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

Cas particuliers

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

Risques & contraintes

On ne doit jamais tirer sur le cordon.

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

On ne peut sectionner qu'entre les deux clamps.

Evaluation

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

Annexe II

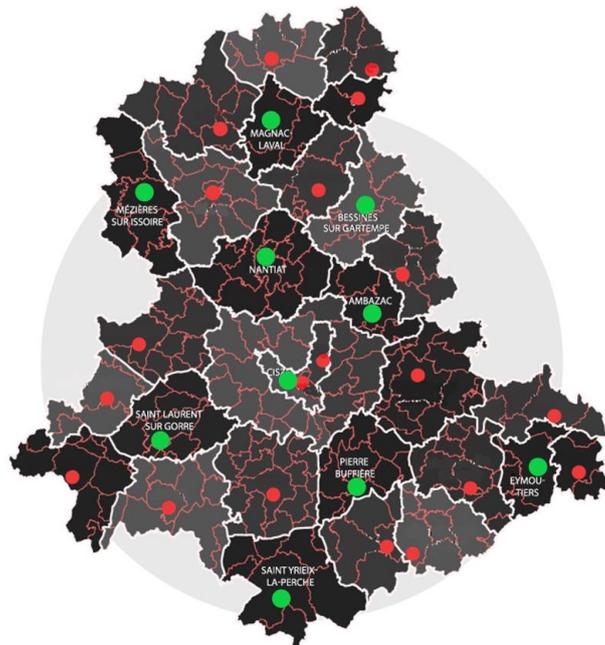
Carte représentant la répartition des maternités dans le Limousin.



Source : comersis.com carte région du limousin.

Annexe III

Les 10 Centres de Secours de la Haute-Vienne sélectionnés pour l'étude (en vert).



Source : sdis-87.fr

Annexe IV

Questionnaire distribué aux SP de la Haute-Vienne.

QUESTIONNAIRE

Etudiante Sage-Femme à Limoges, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les connaissances obstétricales et néonatales des Sapeurs-Pompiers de la Haute-Vienne face à un accouchement inopiné. Pour cela, j'ai besoin de votre aide, qui me serait précieuse, en répondant aux questions suivantes. Ce questionnaire est totalement anonyme. Je vous demande pour cela d'y répondre de manière individuelle et de ne pas aller chercher les informations demandées ailleurs que dans votre mémoire pour que mon étude puisse être la plus juste possible. Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est d'environ 15-20 minutes. Attention ce questionnaire est imprimé en recto-verso.

1 GENERALITES ET DESCRIPTION

Etes-vous ? un homme une femme

Quel âge avez-vous :

Etes-vous ? SPP SPV

Dans quel centre de secours exercez-vous :

Depuis combien de temps êtes-vous SP :

Etes-vous SSSM ? oui non

Etes-vous Chef d'agrès SUAP ? oui non

Quel est votre grade :

Avez-vous déjà assisté à un accouchement ? oui non

2 FORMATION PROFESSIONNELLE

Quel niveau d'études avez-vous ?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 ^{ème} – 3 ^{ème} | <input type="checkbox"/> CAP / BEP |
| <input type="checkbox"/> BAC | <input type="checkbox"/> BAC +2 |
| <input type="checkbox"/> BAC +3 et plus (Licence, Master, Doctorat...) | |

Si vous êtes SPV, quelle profession exercez-vous :

1

Lors de votre formation initiale PSE2, avez-vous le souvenir d'avoir abordé le sujet :

- de l'accouchement du nouveau-né aucun des deux

Avez-vous eu des formations supplémentaires (recyclages, manœuvres...) sur la prise en charge :

- de l'accouchement du nouveau-né aucun des deux

Quelle est la date approximative de votre dernière formation concernant la prise en charge d'un accouchement :

3 PRISE EN CHARGE MERE/ENFANT

Avez-vous déjà assisté un accouchement inopiné lors d'une intervention ?

- oui non

Avez-vous déjà pris en charge un nouveau-né à la naissance ?

- oui non

4 EVALUATION DES CONNAISSANCES

4.1 Obstétricales

Répondez à la question en cochant les bonnes réponses

Lors d'une intervention pour une menace d'accouchement inopiné, vous réalisez auprès de la patiente un bilan d'urgence vitale et un bilan complémentaire. Au cours de votre bilan complémentaire, vous réalisez un interrogatoire pour recueillir les éléments spécifiques, lesquels ?

- Le suivi ou non de la grossesse
- Le nombre total de grossesses qu'elle a eues
- Où elle a prévu d'accoucher
- Le nombre total d'enfants qu'elle a eus
- Le déroulement de ses grossesses et de ses accouchements précédents
- La date prévue d'accouchement
- Le type d'accouchement prévu (accouchement par la voie basse ou par césarienne)
- Si le bébé a la tête en bas
- L'heure de début des contractions + fréquence + durée
- Si elle a perdu du liquide : heure + couleur

2

Répondez aux questions en cochant la bonne réponse

A quoi correspond la rupture de la poche des eaux ?

- A des pertes vaginales très abondantes qui signalent l'imminence de l'accouchement
- A la perte du liquide amniotique, liquide dans lequel baigne le fœtus
- A la perte des urines consécutive à une contraction

Normalement de quelle couleur doit-être le liquide amniotique ?

- sanglant
- clair
- trouble

Comment peut-on se rendre compte cliniquement qu'une femme a une contraction ?

- Lorsque l'on pose la main sur le ventre de la patiente et qu'on le sent dur
- Lorsque l'on pose la main sur le ventre de la patiente et qu'on le sent mou
- Lorsque l'on voit le ventre de la patiente bouger

Répondez aux questions suivantes en cochant les bonnes réponses

A quoi peut-on se rendre compte que l'accouchement est imminent ?

- Lorsque la patiente a une envie irrépressible de pousser
- Lorsque la patiente a rompu la poche des eaux
- Lorsque l'on aperçoit la tête du fœtus à la vulve
- Lorsque la patiente présente des contractions

Plus la femme a eu d'accouchements, plus le travail peut être :

- lent
- rapide

Si le transport de la patiente ne peut pas être réalisé et que l'accouchement doit être réalisé sur place.

- Quel est le matériel nécessaire à l'accouchement ?
 - Bouteille O2
 - Insufflateur manuel
 - DAE
 - Masque d'inhalation pour la mère
 - Garrot
 - Matelas coquille
 - Aspirateur de mucosité
 - Oxymètre de pouls
 - Serviettes propres et sèches
 - Récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta
 - Atèle cervicale
 - Gants à usage unique

Répondez aux questions en cochant la bonne réponse

- Une fois la tête sortie, que vérifiez-vous ?
 - Si le bébé respire
 - La présence d'un cordon circulaire du cordon autour du cou du bébé
 - Si la tête du bébé présente des malformations

A quelle distance du bébé réalisez-vous le clampage du cordon ombilical ?

- au ras de la peau à 1-2 cm à 15 cm

Pendant l'accouchement, une fois la tête du bébé sortie, vous vous apercevez de la présence du cordon ombilical serré autour du cou du nouveau-né. Que faites-vous ?

- Poursuivre l'accouchement
- Clamper le cordon avec 1 pince et le couper après la pince
- Clamper le cordon avec 2 pinces et le couper entre les 2 pinces

La délivrance se fait le plus souvent en présence de l'équipe médicale. Toutefois, en son absence, quelles sont les actions à réaliser ? *numérotez les dans l'ordre*

- Laisser sortir le placenta
- Recueillir le placenta, dans une cuvette ou un sac plastique
- S'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée

4

Quel geste ne devez-vous surtout pas faire au moment de la délivrance ?

- Demander à la patiente de pousser
- Tirer sur le cordon ombilical ou le placenta
- Surveiller les saignements

Répondez aux questions suivantes en cochant les bonnes réponses

Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-ci, quelle conduite à tenir devez-vous mettre en place ?

- Placer un pansement absorbant
- Mettre la patiente en PLS
- Surveiller la mère
- Lui poser un garrot
- Masser l'utérus

4.2 Néonatales

Répondez aux questions suivantes en cochant les bonnes réponses

Quels sont les premiers gestes à réaliser pour assurer la sécurité du nouveau-né dès la naissance ?

- L'habiller
- Le faire téter
- Le sécher
- Le stimuler
- Le rassurer
- Lui mettre un bonnet
- Lui dégager les voies aériennes supérieures
- Lui mettre une couche

Pour s'assurer que le nouveau-né va bien, quels signes cliniques appréciez-vous en l'examinant ?

- La présence de cheveux
- Son cri ou sa respiration
- Son tonus
- Son nombre de doigts et d'orteils
- Sa couleur

Quels sont les gestes à réaliser pour protéger le nouveau-né du froid ?

- Le sécher par tamponnement avec une serviette propre, sèche et tiède
- Lui couvrir la tête avec un bonnet
- L'envelopper dans une couverture isotherme en attendant une prise en charge spécialisée

Annexe V

Réponses attendues à la partie « évaluation des connaissances » du questionnaire avec le barème de notation

REPONSES QUESTIONNAIRE

1 EVALUATION DES CONNAISSANCES

1.1 Obstétricales

Répondez aux questions en cochant les bonnes réponses

Lors d'une intervention pour une menace d'accouchement inopiné, vous réalisez auprès de la patiente un bilan d'urgence vitale et un bilan complémentaire. Au cours de votre bilan complémentaire, vous réalisez un interrogatoire pour recueillir les éléments spécifiques, lesquels ?

- Le suivi ou non de la grossesse /1
- Le nombre total de grossesses qu'elle a eues
- Où elle a prévu d'accoucher
- Le nombre total d'enfants qu'elle a eus
- Le déroulement de ses grossesses et de ses accouchements précédents
- La date prévue d'accouchement
- Le type d'accouchement prévu (accouchement par la voie basse ou par césarienne)
- Si le bébé a la tête en bas
- L'heure de début des contractions + fréquence + durée
- Si elle a perdu du liquide : heure + couleur

1.1.1 Accouchement

Répondez aux questions en cochant la bonne réponse

A quoi correspond la rupture de la poche des eaux ? /1

- A des pertes vaginales très abondantes qui signent l'imminence de l'accouchement
- A la perte du liquide amniotique, liquide dans lequel baigne le fœtus
- A la perte des urines consécutive à une contraction

Normalement de quelle couleur doit-être le liquide amniotique ? /1

- sanglant
- clair
- trouble

Comment peut-on se rendre compte cliniquement qu'une femme a une contraction ?

- Lorsque l'on pose la main sur le ventre de la patiente et qu'on le sent dur /1
- Lorsque l'on pose la main sur le ventre de la patiente et qu'on le sent mou
- Lorsque l'on voit le ventre de la patiente bouger

Répondez aux questions suivantes en cochant les bonnes réponses

A quoi peut-on se rendre compte que l'accouchement est imminent ?

- Lorsque la patiente a une envie irrésistible de pousser /1
- Lorsque la patiente a rompu la poche des eaux
- Lorsque l'on aperçoit la tête du fœtus à la vulve
- Lorsque la patiente présente des contractions

Plus la femme a eu d'accouchements, plus le travail peut être :

- lent
- rapide /1

Si le transport de la patiente ne peut pas être réalisé et que l'accouchement doit être réalisé sur place.

- Quel est le matériel nécessaire à l'accouchement ? /1
 - Bouteille O2
 - Insufflateur manuel
 - DAE
 - Masque d'inhalation pour la mère
 - Garrot
 - Matelas coquille
 - Aspirateur de mucosité
 - Oxymètre de pouls
 - Serviettes propres et sèches
 - Récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta
 - Atèle cervicale
 - Gants à usage unique

Répondez aux questions en cochant la bonne réponse

- Une fois la tête sortie, que vérifiez-vous ?
 - Si le bébé respire /2
 - La présence d'un circulaire du cordon autour du cou du bébé
 - Si la tête du bébé présente des malformations

A quelle distance du bébé réalisez-vous le clampage du cordon ombilical ? /1

- au ras de la peau à 1-2 cm à 15 cm

Pendant l'accouchement, une fois la tête du bébé sortie, vous vous apercevez de la présence du cordon ombilical serré autour du cou du nouveau-né. Que faites-vous ?

- Poursuivre l'accouchement /1
- Clamper le cordon avec 1 pince et le couper après la pince
- Clamper le cordon avec 2 pinces et le couper entre les 2 pinces

La délivrance se fait le plus souvent en présence de l'équipe médicale. Toutefois, en son absence, quelles sont les actions à réaliser ? *numérotez les dans l'ordre*

- Laisser sortir le placenta (1) /1
- Recueillir le placenta, dans une cuvette ou un sac plastique (2)
- S'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée (3)

Quel geste ne devez-vous surtout pas faire au moment de la délivrance ?

- Demander à la patiente de pousser /1
- Tirer sur le cordon ombilical ou le placenta
- Surveiller les saignements

Répondez aux questions suivantes en cochant les bonnes réponses

Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-ci, quelle conduite à tenir devez-vous mettre en place ?

- Placer un pansement absorbant /2
- Mettre la patiente en PLS
- Surveiller la mère
- Lui poser un garrot
- Masser l'utérus

Connaissances obstétricales et néonatales des Sapeurs-Pompiers du département de la Haute-Vienne

Nombre de pages : 41 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de Sages-Femmes de Limoges – Années universitaires 2016 – 2020

Résumé :

Depuis la fermeture des maternités, le domicile des futures mères n'en est que plus éloigné. Les Sapeurs-Pompiers peuvent être sollicités pour une menace d'accouchement qui peut vite se transformer en accouchement inopiné extra-hospitalier du fait du temps de trajet augmenté. Afin d'évaluer le niveau de connaissance sur la prise en charge d'une parturiente et de son nouveau-né, nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, multicentrique et descriptive auprès des Sapeurs-Pompiers de la Haute-Vienne. L'objectif était d'évaluer leurs connaissances obstétricales et néonatales face à un accouchement inopiné. Nous avons pu mettre en évidence un niveau de connaissances général satisfaisant des Sapeurs-Pompiers. Néanmoins, ils présentaient des lacunes concernant la prise en charge des complications de l'accouchement et du post-partum immédiat.

Mots-clés : Connaissances obstétricales, Connaissances néonatales, Sapeurs-Pompiers, Accouchement inopiné

